FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 341

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 mai 1900 à 1 heure

Par Joseph GUIBOUT

Né à Céaucé (Orne) le 9 novembre 1873.
Ex-interne des hôpitaux du Hâvre.

CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES POSSIBLES

DE

L'AMPUTATION SOUS-VAGINALE DU COL

Président : M. PINARD, *professeur.*
Juges : MM. TERRIER, *professeur.*
LEJARS et DELBET, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552228_0045

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — **THÈSE** — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 mai 1900 à 1 heure

Par Joseph GUIBOUT

Né à Céaucé (Orne) le 9 novembre 1873.
Ex-interne des hôpitaux du Hâvre.

CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES POSSIBLES DE L'AMPUTATION SOUS-VAGINALE DU COL

Président : M. PINARD, *professeur.*
Juges : MM. TERRIER, *professeur.*
LEJARS et DELBET, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Cr. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.....
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique opthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	MERY	WALTHER
CHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LEGUEU	TEISSIER	
		THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

A la fin de nos études médicales, il nous reste à remplir un devoir bien cher. Il n'a pas la triste sse d'une séparation qui serait un adieu, nous voulons l'espérer; pourtant, malgré la forme commune de ce modeste souvenir, quasi banal par l'habitude qu'on a de le chercher, presque identique, au début de toutes les thèses, notre émotion est bien vraie.

Avec regret nous quittons ceux qui furent pour nous les maîtres ou les amis ; ceux qui, nous faisant une bonne et chaude atmosphère de science généreusement prodiguée, de bienveillant intérêt, de forte et bonne affection, nous guidèrent dans la route à suivre et que nous regardions comme des modèles ; ceux qui nous y accompagnaient et qui furent les émules et les compagnons.

Celui à qui va notre plus vive reconnaissance n'est plus là pour en recevoir l'hommage ému, presque filial. Monsieur le professeur Regnauld voulut bien nous regarder comme un fils, nous accordant, avec une bonne et savante direction dont nous serions aujourd'hui mieux à même de profiter, les aimables relations de sa famille. Nous prions Mesdames et Messieurs Regnauld et de Beurmann de croire aux sentiments de bien sincère gra-

titude dans lesquels nous les réunissons avec M. le professeur Regnauld.

A l'hôpital, nous suivîmes plus particulièrement les enseignements cliniques de Messieurs Richelot, Tillaux, de Beurmann, Tuffier, Gingeot, Albert Robin, Porak et Pinard. Nous leur serons toujours reconnaissants du bienveillant intérêt dont ils eurent la bonté de nous encourager.

Nous n'aurons garde d'oublier non plus les délicieuses et profitables années d'internat passées dans les hôpitaux du Hâvre. Avec plaisir nous nous reporterons dans notre petite pratique, aux chères heures d'hôpital où des chefs aimables, tout en se faisant nos guides, voulaient bien nous traiter en collaborateurs et en amis.

Messieurs les membres de la Commission administrative, Messieurs les médecins, chirurgiens, pharmaciens et directeur ont droit à notre gratitude, dont nous les prions d'agréer l'assurance très sincère. Les circonstances qui nous ont rappelé un peu précipitamment pour occuper un poste vacant nous laisseraient de vifs regrets si nous n'avions ici l'occasion d'affirmer nos sentiments à nos chefs plus directs MM. Frottier, Engebach, de Lignerolles, Sorel et Courbet.

Nous avons contracté envers Monsieur le docteur Funck-Brentano, l'aimable et distingué chef de clinique de Monsieur le professeur Pinard, notre maître, des obligations toutes spéciales. Il nous inspira le sujet de cette thèse à laquelle il s'est obligeamment intéressé. La nécessité du temps nous a empêché d'étendre notre sujet autant que nous l'aurions voulu. Pourtant nous avions trou-

vé grand intérêt dans la recherche de documents dont nous espérons tirer prochainement un meilleur parti, conscients de n'avoir pas extrait comme le voulait Montaigne « toute la substantifique moëlle de l'os. »

M. le Docteur Peyroux. aide-major de 1re classe au 119e a bien voulu nous prêter un concours aussi agréable que précieux pour nos recherches. Le souvenir de ces bonnes heures de travail nous demeure un lien très cher.

Merci à M. Dominique, Pharmacien Supérieur à l'hôpital Pasteur du Havre, de la grande amabilité et de la constante bienveillance qu'il nous témoigne.

Merci à nos amis les Docteurs Griner, Termet, Gruel et Méheux,à nos bons amis d'internat,à nos amis Aguinet et Maubert, internes des hôpitaux de Paris, à notre compagnon d'études, André Chaignot.

Mais il est trop long d'énumérer ici tous ceux dont l'amitié nous est chère :

Meis et amicis !

A tous ceux qui nous firent ou nous voulurent du bien, Merci !

DES

CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES POSSIBLES

DE

l'amputation sous-vaginale du col

CHAPITRE I

État de la question. Divergences d'appréciations sur les conséquences obstétricales de l'amputation sous-vaginale du col.

Le praticien qui cherche à approfondir les suites obstétricales de l'amputation sous-vaginale du col utérin, dans les travaux spéciaux, demeure indécis. Nous en jugeons par l'embarras que nous avons éprouvé en présence d'appréciations toutes divergentes.

La question est si brièvement traitée dans les ouvrages classiques que volontiers il feuilletera les thèses publiées sur ce sujet, dans ces dernières années.

Faits surtout de statistique, ces travaux étonnent par la variante des résultats.

Dans sa thèse sur la conception, la grossesse et l'accouchement après la trachélorraphie et l'amputation du col de l'utérus, (Paris, 1889), Ducasse conclut que « l'amputation du col n'empêche point les grossesses ultérieures de suivre leur cours normal, et la dilatation du col, au moment de l'accouchement, de se faire régulièrement, à condition de prévenir la sténose cicatricielle post-opératoire, en opérant avec le bistouri, et en affrontant les surfaces cruentées par des points de suture allant de la muqueuse vaginale à la muqueuse cervicale ».

Pescher, dans sa thèse : *Contribution à l'étude de l'opération de Schrœder*, (Paris, 1892), conclut à son tour que « cette opération n'entrave pas, ordinairement, la marche de la grossesse, mais que, néanmoins, on ne saurait nier qu'elle favorise la déhiscence prématurée du col, et l'accouchement avant terme ».

Ducasse prétendait que « la dilatation se fait régulièrement », Pescher est d'un avis contraire : « Les cas, dit-il, où la dilatation du col, au terme de la grossesse, se fait d'une façon absolument régulière, après le Schrœder, paraissent constituer l'exception ; dans la majorité des cas, il faut s'attendre à des obstacles. »

Mlle Olga Podobedoff, dans sa « *Contribution à l'étude des résultats éloignés du Schrœder*, Paris 1895 », nous dit qu' « après cette opération la grossesse évolue normalement et que l'accouchement n'offre rien d'anormal. Cependant, dans certains cas, on peut observer que la dilatation du col se fait plus lentement et que celui-ci se

déchire ; on a noté, également, des accouchements prématurés. »

Avec le travail très étudié d'Audebert, sur « *La grossesse et l'accouchement après l'amputation du col* », la question s'éclaire d'un jour très-vif.

Interprète autorisé des idées que notre maître, Monsieur le Professeur Pinard, avait magistralement énoncées déjà, dans ses travaux et ses cliniques de Baudelocque, Audebert arrive à cette constatation :

« L'amputation du col exerce une influence marquée : 1° sur la durée des grossesses ultérieures, en causant fréquemment des avortements et des accouchements prématurés.

2° sur la marche du travail, A) en exposant à la rupture prématurée des membranes, B) en occasionnant dans les cas d'opération *atypique* des rétrécissements cicatriciels du col qui s'opposent parfois, d'une façon absolue à la dilatation. »

Une autre thèse sur le même sujet, fut soutenue en novembre dernier, à Paris, par M. Bernheim. Notre travail personnel de documentation était achevé déjà. La coïncidence ignorée de nos recherches explique qu'une partie de nos observations soit commune à nos études. Il nous a paru intéressant pourtant de constater que nos conclusions complètement inconnues de l'un à l'autre d'ailleurs, reproduisent une apparente divergence qui déjà nous frappait dans les travaux de nos devanciers.

« En résumé, pour M. Bernheim, l'opération de Schröder est la meilleure que l'on puisse pratiquer sur le col et ne porte aucun préjudice aux fonctions génitales de la femme.

Les reproches qu'on lui a faits ne sont pas justifiés ».

Les mêmes divergences se retrouvent dans les travaux magistraux des spécialistes.

L'explication en est simple d'ailleurs : gynécologues et accoucheurs envisagent la question à des points de vue différents, avec une préoccupation qui n'est pas non plus la même. Le chirurgien, appelé près d'une femme malade, envisage surtout la lésion et sa guérison immédiate. L'accoucheur, au contraire, ne considère qu'une chose, celle qui est de son ressort particulier, non l'organisme mais la fonction ; non la femme mais la mère.

La question est encore compliquée du fait que le chirurgien est rarement à même de suivre les malades auxquelles il a fait une amputation sous-vaginale du col, de même que l'accoucheur sait rarement pour quelles lésions, et dans quelles conditions, l'opération a été faite.

C'est ainsi que dans le *Traité de chirurgie* de M. Samuel Pozzi, (3e édition), on lit : « Les diverses opérations pratiquées sur le col utérin, amputation, résection, suture de déchirures, ne sauraient compromettre sa dilatabilité car elles donnent lieu à des cicatrisations primitives, sans production de tissu inodulaire inextensible. De très nombreuses observations viennent à l'appui de cette considération théorique et prouve que l'on n'a à craindre ni stérilité ni dystocie ». Cette réflexion s'appuie, en partie, sur la thèse de Ducasse, et ne fait pas mention de la question des accouchements prématurés.

Un auteur italien, La Torre, est lui aussi, nettement favorable à l'amputation du col. D'un autre côté, tous les

traités d'accouchement signalent, comme une des causes de la sténose cervicale, les traumatismes et les opérations pratiquées antérieurement sur le col. (V. Pajot, Carl Schrœder, Auvard, Ribemont-Dessaigne et Lepage etc.).

L'opportunité de cette grave question se faisait donc vivement sentir, quand notre maître, M. le professeur Pinard, la porta devant la Société d'obstétrique, de gynécologie et de Pœdiatrie de Paris, afin, dit-il, de susciter dans cette société, où se trouvent réunis gynécologues et accoucheurs, une commune étude portant sur les résultats post-opératoires des interventions pratiquées sur l'utérus, et sur leur influence dans les grossesses et les accouchements ultérieurs ».

C'est alors que son aimable et distingué chef de clinique, M. le Dr Funck-Brentano, nous suggéra de rechercher et de grouper les documents publiés sur ce sujet. Nous y fûmes encouragé encore par cette déclaration de M. Porak, au cours de son intéressante communication dans la discussion soulevée par M. le professeur Pinard : « Il y a une raison qui explique la diversité des résultats auxquels sont conduits, les uns et les autres, et pour la trouver il faudrait mettre, en regard, l'observation du chirurgien et celle de l'accoucheur.... J'ai moi-même observé beaucoup de ces faits, mais je n'ai ni le temps, ni les moyens de les rechercher ».

M. Lepage, à son tour, demande « l'histoire détaillée des accouchements survenus avant et après l'opération de Schrœder, chez toutes les opérées ».

Notre travail ne saurait donc avoir la prétention d'éta-

blir des faits bien nouveaux. Nous avons réuni toutes les observations d'amputation sous-vaginale du col, au bistouri, qu'il nous a été possible de recueillir, qu'elles aient été ou non précédées de grossesse, et c'est en nous basant sur ces faits que nous avons cherché à permettre de déterminer quelles étaient la nature et la fréquence des accidents, quelles en pouvaient être les causes, et quelles conclusions pratiques en découlaient.

Ces conclusions, hâtons-nous de le dire, sont entièrement conformes à celles de notre maître M. le Professeur Pinard, que votèrent à l'unanimité, après une commune étude, les chirurgiens et les accoucheurs de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Paris.

« L'amputation du col fut faite, pour la première fois, par Ambroise Paré, puis par Tulpius d'Amsterdam (1652) et généralisée en France par Lisfranc et Huguier ; l'abus qui fut fait de cette opération l'avait jetée dans un certain discrédit ; ses indications sont plus restreintes depuis que l'hystérectomie vaginale offre un traitement plus radical du cancer utérin ».

Ces quelques lignes de Lutaud nous donnent l'idée des transformations subies par cette intervention depuis la période pré-antiseptique, le but en a changé.

L'amputation du col était alors appliquée surtout au cancer de cet organe, si nous en jugeons par les observations qui nous restent. Contre une affection aussi grave ce traitement relativement bénin était bien tentant : Lis-

franc pratiqua à lui seul 99 interventions en neuf ans.

Les déceptions étaient fréquentes. Rien d'étonnant si l'on en juge aujourd'hui par l'insuffisance d'opérations beaucoup plus radicales contre les néoplasmes.

L'hémostase était difficile, l'antisepsie faisait complètement défaut ; sur des organes infectés, l'autoplastie n'aurait pu réussir : on ne la pratiquait nullement. Dans ces interventions, et devant les préoccupations d'ordre vital que motivait le plus souvent la gravité des lésions, le chirurgien plaçait au second rang, quand il y pensait, le souci fonctionnel de l'organe et la possibilité de puerpéralités futures rares chez ces malheureuses.

L'amputation se faisait au bistouri, à l'écraseur linéaire, au cautère etc., (presque toujours d'ailleurs on cautérisait la surface cruentée. La cicatrisation par bourgeonnement, dans le pus bien souvent, donnait lieu à de la sténose, à des malformations. Les dystocies graves étaient relativement fréquentes, quand survenaient des grossesses.

Dès que la méthode antiseptique fut employée, grâce aux perfectionnements heureux apportés à l'amputation du col ; par Schroeder notamment, il y eut une phase d'intervention à outrance.

M. Segond a jeté le cri d'alarme avec M. Pinard et signalé « les abus extraordinaires qu'on a faits et qu'on fait de l'opération de Schrœder, dont il importe d'autant plus de préciser les indications, que ces conséquences peuvent être très mauvaises lorsqu'elle est indûment pratiquée ou mal faite.... L'opération de Schrœder étant une opération parfois compromettante pour la grossesse, et cela non pas seulement dans les cas où elle est mal faite,

mais dans les cas où la cicatrisation se fait par première intention..., il faut protester hautement contre l'abus d'une intervention, en réalité difficile, que trop de praticiens associent au curettage quand même, pour en faire la panacée de toutes les affections utérines ».

Cet avertissement n'est pas seul à se faire entendre. « J'ai observé, dit M. Pozzi, un très grand nombre de femmes dont l'état avait été aggravé par l'amputation du col et le curettage, opérations qui avaient été proposées comme des interventions bénignes, et acceptées comme telles ».

M. Bouilly parle aussi dans le même sens. Après avoir établi que tous les accidents ne sont pas imputables au chirurgien, qu'en partie ils sont attribuables aux défectuosités du terrain, il donne sa pratique personnelle : « Pour moi, le Schrœder est surtout indiqué chez les femmes ayant dépassé l'âge de la conception ; j'en restreins l'application à des cas exceptionnels durant la période d'activité sexuelle ».

M. Richelot donne son opinion en ces termes : « Nous ne pouvons empêcher d'exister une certaine chirurgie aventureuse, avec les désastres qu'elle entraîne. Il faut dire cependant que, même entre des mains compétentes, les opérations sur le col sont d'une exécution fort délicate et demandent, pour réussir, beaucoup de soin et d'attention ».

M. Doléris proclame que les opérations gygnécologiques conçues sans réflexion, imprudemment conduites, négligeamment suivies, peuvent causer de véritables désastres en obstétrique.

Nous n'avons, jusqu'ici, donné l'opinion que de chirurgiens, tous éminents, maîtres indiscutables dans ce genre d'opérations. Ils sont unamimes à reconnaître que l'amputation du col peut avoir et a souvent des inconvénients.

Nombreux sont les accoucheurs qui ont signalé les difficultés ou les accidents des puerpéralités ultérieures. Au cours de nos observations nous rencontrerons les noms de MM. Porak, Champetier de Ribes, Lepage, Doleris, etc, etc... dont l'expérience vient confirmer les faits mis en lumière par notre maître M. le Professeur Pinard.

Le chiffre considérable de nos observations, puisées aux sources les plus diverses, nous autorise à formuler une opinion et à dire comment, à notre avis, doivent être envisagées, à l'heure actuelle, les opérations sur le col, au point de vue de leurs conséquences obstétricales possibles. Les conclusions pratiques découleront tout naturellement de cette étude impartiale.

Elles sont entièrement favorables au principe d'interventions très légitimes et très précieuses ; mais aussi, et surtout, elles auront pour but de signaler les écueils à éviter.

CHAPITRE II

Influence des amputations sous-vaginales du col sur la conception.

Une femme a dû subir une amputation du col pour une lésion quelconque, difformité, endocervicite, etc., sera-t-elle dans les mêmes conditions qu'auparavant pour concevoir? Son aptitude à la fécondation sera-t-elle augmentée ou diminuée?

On a longtemps discuté sur cette question; actuellement, l'accord est fait, et nous répondons sans hésitation : l'aptitude à la fécondation est augmentée dans nombre de cas.

α. — S'agit-il, en effet, d'un col conique? l'opération remédie à la malformation. « Le mari qui, suivant le mot de Pajot, dépassait toujours le but sans jamais l'atteindre », errant dans des culs-de-sac dont le trauma exagérait la difformité, peut dorénavant, toucher l'orifice cervical.

6. — L'opération est-elle pratiquée pour une sténose de l'orifice externe? Elle remédie alors à un double obstacle.

Ce n'est pas seulement l'étroitesse du conduit qui arrête le spermatozoïde dans sa marche vers l'ovule, mais aussi et surtout, peut-être, le bouchon muqueux impénétrable qui l'obture dans ce cas.

γ. — S'agit-il d'une endocervicite chronique? L'opération supprime la surface infectée, source de sécrétions impropres à la vie du spermatozoïde, comme le prouvent des examens microscopiques pratiqués un temps fort après le coït, avec un homme vigoureux.

Δ. — A l'endocervicite chronique s'ajoute le plus souvent une métrite et une annexite chroniques, créant d'insurmontables obstacles à la migration de l'ovule d'abord, à son implantation sur la muqueuse utérine ensuite; or l'intervention facilite la guérison de l'utérus et de ses annexes et rend leur vitalité suffisante pour permettre la descente de l'ovule, puis sa nidation.

ε. — C'est, enfin, par une amélioration de l'état général qui accompagne ces utéro-annexites que l'amputation sous-vaginale du col augmente encore l'aptitude à la fécondation.

η. — Barnes dit (*Traité clinique des maladies des femmes*) : « Dans les cas de stérilité liée à une longueur excessive ou à l'allongement hypertrophique du col, j'ai quelquefois amputé la portion vaginale et obtenu la tolérance des rapports sexuels et l'imprégnation suivie d'un accouchement naturel ».

Mangin (*in Ann. d'obstet. et Gynec.* 1891, n° 1. Résultats éloignés de 90 opérations conservatrices pratiquées sur l'utérus), avait soutenu cette opinion documentée :

« De ces faits, on peut tirer les conclusions suivantes ;

c'est qu'à la suite des interventions chirurgicales simples sur l'utérus :

I. — Lorsque les annexes n'ont pas de lésions apparentes, la grossesse est de règle. Elle se produit dans 80 0/0 des cas au moins.

II. — Lorsqu'il y a lésion des annexes, avec métrite et perméabilité probable des trompes, 41 0/0 des femmes peuvent devenir enceintes ; 57 0/0 à la suite de lésions simples ; 21 0/0 à la suite de lésions doubles.

III. — L'emploi des traitements conservateurs (l'amputation du col en est un bien souvent), permet de diminuer, dans une très large mesure, le nombre des opérations radicales et a l'avantage de permettre souvent la grossesse et de laisser au moins aux femmes stériles des espérances de maternité ».

Mangin, étudiant un sujet plus large que le nôtre : l'influence des traitements gynécologiques conservateurs en général, d'après les cas de sa statistique. L'amputation du col ne fait pas exception à la règle ; souvent motivée par des lésions complexes, elle relève absolument de l'appréciation qu'il formule en général ; lorsque la cause en est une affection plus nettement localisée, la conception est bien mieux sauvegardée encore ou même est largement facilitée. Lutaud, dans son travail sur les « *Causes de stérilité féminine et leur traitement* », émet une opinion que nous résumons fidèlement :

« Depuis Sims, le traitement des maladies spéciales de l'appareil génital de la femme était regardé comme plus chirurgical que médical. Cette remarque s'applique surtout à la stérilité qui reconnaît souvent pour causes

des obstacles mécaniques, des vices de conformation qui s'opposent, soit à la pénétration du sperme dans l'utérus (atrésies cervicales, fluxions, cervicite, allongement hypertrophique du col), soit à la non-rétention du sperme dans la cavité utérine, ou à la destruction de l'œuf par les sécrétions morbides (dysménorrhée ménorrhagies, endocervicite, catarrhe utérin).

L'opération de Schrœder, nous l'avons vu, dans son but direct, ou ses conséquences du moins, remédie à bon nombre de ces causes. Elle doit donc favoriser la conception.

On voit, en effet, des femmes jusque-là stériles et à qui l'opération a permis d'être mères, quelques-unes un temps très court après l'intervention. La remarque nous avait été faite, personnellement, par notre chef et ami, M. le Dr Balard d'Herlinville, chirurgien des hôpitaux du Havre, et par M. le Dr Rolland qui s'occupe spécialement, au Havre, de gynécologie : « J'ai pratiqué une douzaine d'opérations dont je ne puis vous donner un résumé exact en ce moment, nous disait-il, mais, ce qui m'a toujours frappé, c'est l'extraordinaire aptitude à une fécondation presque immédiate après la guérison de l'acte opératoire ». Le lecteur trouvera dans notre tableau nombre des faits analogues.

Mangin, dans son « *Etude sur les résultats éloignés de 90 observations conservatrices pratiquées sur l'utérus* », rapporte l'observation de 44 femmes, qui, pour des lésions diverses, simples ou complexes, subirent l'opération de Schrœder, seule ou associée à d'autres interventions. La stérilité persista 18 fois, la fécondité

se maintint ou fut rétablie 26 fois. Les exemples recueillis par nous seraient trop nombreux pour que nous les relations ici plus spécialement.

Il est donc évident que l'amputation du col, non seulement permet la conception, mais la rend possible chez beaucoup de femmes ayant présenté antérieurement de la stérilité.

Nous n'entendons parler ici que d'interventions s'adressant à une lésion de leur ressort bien net, et correctement pratiquées.

La Torre, en effet, nous signale des femmes chez qui une imparfaite cicatrisation, avec déformation de l'orifice cervical, mettait obstacle à la marche des spermatozoïdes. M. Pozzi connaît nombre de femmes chez qui il a corrigé pareil accident à la suite d'interventions pratiquées par des mains incompétentes. Une fois même, les accidents de rétention sanguine par sténose furent tels qu'il dut pratiquer une hystérectomie totale avec ablation des annexes.

M. Porak cite un cas que nous retrouverons, où la sténose fut, à la suite d'une intervention correcte, assez marquée pour rendre presque impossible une grossesse, qui, du reste, si elle s'était produite, aurait de ce même fait, donné lieu à de graves accidents.

Tous les traités de gynécologie et d'obstétrique signalent comme une cause d'atrésie et, consécutivement, de stérilité, les cicatrices vicieuses du col. Les revues en rapportent nombre de cas que nous ne pouvons reproduire ici.

Au résumé, l'amputation du col, quand elle est dûment pratiquée, bien faite et réussie, corrige fréquemment des causes de stérilité et facilite la conception.

Mais, sur ce point particulier, comme sur les autres, le praticien doit savoir que la moindre faute peut être sanctionnée de grosses désillusions. L'avertissement n'est pas inutile pour ces opérations trop tentantes par leur apparente et trompeuse facilité d'exécution.

CHAPITRE III

Influence des amputations sous-vaginales du col sur les avortements.

En remédiant de façon puissante à des causes qui provoquent communément les avortements chez les malades auxquelles elle s'applique, nous venons de le voir, l'amputation sous-vaginale du col diminue forcément la fréquence des accidents. Certainement, on les observera plus souvent après qu'avant l'intervention ; mais la série en est ouverte par une cause occasionnelle qui a motivé l'opération.

La même métrite, par exemple, qui gênait la conception, rendait aussi bien précaire la vitalité d'un œuf, péniblement germé, par hasard, chez une femme malade, sur une muqueuse morbide, dans un organe gestateur infecté dont les fonctions étaient profondément troublées.

Expliquons ici, pour n'y plus revenir, notre système d'observations ; les recherches que nous avons entreprises, au début de ce travail, nous donnent 145 relations d'amputations sous-vaginales du col suivies de grosses-

ses ; elles sont puisées aux sources les plus diverses.

Nous aurons, pour notre étude, l'occasion de relater *in-extenso*, 67 cas qui nous ont paru plus intéressants, par les anomalies ou les accidents obstétricaux qu'ils présentent. Tous les autres, qui figurent en tableau, peuvent d'ores et déjà, être considérés comme une amélioration obstétricale autant que générale. Il suffit de se rappeler les lésions auxquelles s'applique l'amputation sous-vaginale du col, pour voir que leur disparition est un bien gros souci de moins, dans l'avenir génital de la femme.

C'est donc *a priori*, presque autant de résultats heureux qu'il nous faudrait répéter à l'occasion de chaque point particulier envisagé dans notre thèse. Le maniement d'un si grand nombre de cas nous entraînerait trop loin et dépasserait notre compétence.

Presque toutes ces observations, en effet, se compénètrent intimement dans la multiplicité des considérants très délicats.

En jetant un coup d'œil sur notre tableau synoptique, on reste convaincu de l'heureuse influence de l'amputation sous-vaginale du col sur les lésions auxquelles elles s'adresse judicieusement. Cherchons maintenant la cause des avortements observés après l'intervention.

Chez une femme qui n'a subi aucune opération, il est souvent malaisé d'attribuer l'avortement à une cause précise : la susceptibilité individuelle joue un rôle important dans cette étiologie. Certaines femmes commettent, en effet, même volontairement, les plus graves imprudences, sans que le moindre phénomène abortif survienne ; on en

voit s'exposer au froid, à la fatigue, faire des marches forcées, se livrer à des excès de coït, sans que le cours de leur grossesse en soit entravé. D'autres, au contraire, sont menacées d'avortement au moindre écart de régime.

On conçoit combien il sera plus difficile encore, chez des femmes qui ont subi une amputation du col, de faire la part d'avortements dus à toutes ces causes énoncées déjà, de ceux qui sont dus à une diathèse, à la maladie antérieure à l'opération et, de ceux encore qu'on pourrait être tenté parfois d'attribuer à l'opération elle-même.

La distension du globe utérin, dans les premiers mois, tout au moins, ne nous paraît pas assez marquée pour forcer le col, s'il est affaibli seulement dans les limites d'une amputation sous-vaginale correctement pratiquée.

Envisageons les faits :

Revenons à nos premières recherches. Sur 174 grossesses fournies par 105 observations, que nous avions étudiées d'abord nous trouvions 21 avortements (sans compter les accouchements prématurés, mis à part).

Cette fréquence absolue considérable est, relativement, assez modérée, étant donnée la prédisposition des sujets, par leur passé morbide.

Plusieurs de ces cas malheureux paraissent même favorables à l'amputation du col, dans une certaine mesure. C'est ainsi que dans notre observation III, (Pinard, Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Paediatrie de Paris, 1899, n° 129 de la Clinique Baudelocque, année 1898), on voit une femme qui présenta trois avortements avant le Shrœder et qui eut ensuite un avortement à 6 mois, un accouchement à 7 mois, un nouvel avortement

à 6 mois, et enfin un autre accouchement à terme. Il paraît y avoir, dans ce cas, et dans quelques autres, une évolution régulière vers des états puerpéraux de moins en moins pathologiques.

L'accouchement normal qui couronne la série pourrait même paraître un argument décisif; cependant certaines restrictions doivent être faites. La parturiente dont nous rapportons le cas était syphilitique et elle n'aurait suivi un traitement régulier que lors de sa dernière grossesse, la seule qui fut normale. Le même traitement, il est vrai, en modifiant peut-être l'harmonie de cette progression aurait vraisemblablement déchargé la statistique des avortements précédents.

Cet heureux acheminement peut s'expliquer encore par le perfectionnement d'une guérison qui put ne pas suivre immédiatement l'intervention.

D'autres faits laissent sur l'influence favorable ou défavorable de l'amputation du col une incertitude absolue. C'est le cas de nos observations I, V, IX, X, où on constate des fausses couches avant et après l'opération.

Nous ne rappelons que pour mémoire les observations XVIII, XX, XXXXIX, XXIII, LIV, LVI, LXVII, où, à côté de l'avortement, il y eut d'autres accidents puerpéraux.

Faisons la même remarque au sujet des observations XIV, XV, XVI, qui présentèrent des hémorrhagies au cours de la grossesse.

Ces hémorrhagies pourraient être prises pour des menaces d'avortement ; mais on les constate même chez des femmes n'ayant subi aucune opération.

Nous en arrivons aux faits qui paraissent démontrer

une plus grande proportion d'avortements après qu'avant l'amputation du col. La malade de notre observation 2 eut trois accouchements à terme avant d'être opérée, et trois avortements ensuite. Dans les cinq premières grossesses, elle avait pour mari un alcoolique ; on pourrait attribuer aux progrès de l'alcoolisme du père le fait de deux avortements succédant à des grossesses normales ; mais la sixième grossesse fut d'un autre père, sobre celui-là. C'est donc du côté de la mère qu'il faut chercher la cause des avortements.

Dans le cas de notre observations XVIII, l'opération précédée de deux accouchements normaux, fut suivie d'un avortement. L'observation VIII de J. de Koninck est plus malheureuse encore, puisqu'il y eut quatre enfants vivants à terme avant le Schrœder, et deux fausses-couches après.

Diverses interprétations de ces résultats défavorables ont été présentées.

L'excès de fatigue, le froid, (observations XII et XIII) peuvent être mis en cause. Dans l'observation XII la fausse-couche est certainement due à la malade. Ce sont là des accidents dont la valeur étiologique est toute relative.

Revenons à un autre argument défenseur très sérieux : Il est survenu, entre la série d'accouchements normaux, d'une part, et les avortements d'autre part, une métrite cause de l'intervention. Elle a pu persister après et être la raison des accidents survenus. Evidemment, dans ce cas, les fausses-couches peuvent ne pas être imputables à l'opération ; on peut seulement reprocher à celle-ci de n'avoir pas donné tous les résultats curatifs qu'on en attendait.

L'amputation cervicale est loin de guérir toujours radicalement la métrite, même si on la combine à la dilatation et au curettage préalable.

L'infection, même enrayée, il subsiste, après une métrite chronique, qui date souvent de plusieurs années, des troubles profonds, et le retour à l'état normal, peut demander un temps très long. Qu'une grossesse survienne trop tôt, avant que la guérison soit suffisamment parfaite, et l'avortement s'explique, sans que l'on soit en droit d'incriminer la seule opération pratiquée sur le col; mais seulement sa relative lenteur d'action ou son impuissance.

Hepp, dans sa thèse, précise encore une cause des insuccès qui suivent l'amputation. Elle peut être pratiquée pour sclérose hypertrophique; la lésion locale est ainsi combattue et on peut remédier, soit à l'allongement exagéré du col dont Pajot a montré les inconvénients au moment de la copulation, soit à la sténose du canal ou de ses orifices; en un mot, les conditions mécaniques nécessaires à la conception ont été rétablies. Mais dans ce cas, les conditions vitales de l'organe génital tout entier n'ont pas été modifiées. Le processus de sclérose qui atteignait le col, envahissait également l'utérus et, contre cette progression régulière de lésions histologiques, l'intervention chirurgicale n'a rien pu. C'est là une explication difficile à contester. Des faits probants l'appuient. Nous relatons, en effet, le cas d'une femme dont il fallut, sur un utérus sclérosé, arracher avec les doigts, après un accouchement prématuré, un placenta en dégénérescence fibreuse très accusée. Néanmoins, ces cas de sclé-

rose utérine sont rares ; il est presque impossible de les établir cliniquement, et de prévoir l'inutilité d'un traitement local tel que l'amputation du col ; mais dans la discussion qui nous occupe, ils permettent de s'expliquer après coup, l'insuccès de l'intervention.

Dernière et importante explication : Les avortements auraient lieu seulement à la suite d'amputations mal faites suivies de suppuration, ou de cicatrisation par bourgeonnement et production de tissu inodulaire. Ils ne se produiraient pas à la suite d'amputations correctes suivies de la réunion par première intention. Nous admettons entièrement cette manière de voir. Mais, en pratique, les accidents s'imposent à notre attention, avec une fréquence qui n'est pas négligeable.

OBSERVATION I (3).

Professeur Pinard. Société d'obstétrique, de gynécologie et de paediatrie de Paris. Janvier 1899. Clinique Baudelocque: 1896, n° 212.

Multipare. Vingt-huit ans. Un accouchement spontané à terme. Un avortement de trois mois. Curettage et amputation du col en 1891.

Deux avortements consécutifs à 4 mois. Un accouchement prématuré. Siège. Période de dilatation : neuf heures cinquante cinq minutes. Enfant de 1.570 grammes. Suites normales.

OBSERVATION II (7).

Pinard. Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Paediatrie de Paris. Janvier 1898. Cl. Baudelocque, 1897, n° 418.

Trois accouchements à terme. Amputation du col suivie de trois avortements, le dernier compliqué de rétention placentaire et d'hémorrhagie. Curage digital.

D..., Jeanne, employée. Premières règles à 16 ans.

Les trois premières grossesses se sont terminées en 1881, 1883, 1885 par la naissance d'enfants vivants à terme.

Atteinte de métrite avec hypertrophie du col, elle subit en 1892 une amputation du col.

Après cette opération, elle devint enceinte deux fois ; la première fois en 1893, avortement à cinq mois ; l'enfant vécut 18 heures. La seconde fois, en 1895, fausse-couche de six mois, l'enfant respira quelques instants.

Ces cinq grossesses sont du même père, alcoolique. La sixième grossesse actuelle est d'un autre père, sobre.

Dernières règles du 16 au 22 octobre 1896 ; au moment de son entrée à Baudelocque, le 6 mars, elle est enceinte de 4 mois 1/2 environ. L'utérus remonte à 19 centimètres au-dessus du pubis.

Au début de la grossesse, rien à signaler, si ce n'est une petite perte de sang, en janvier ; elle a cessé de travailler depuis un mois.

La rupture prématurée des membranes s'est produite le 5 mars, à minuit ; D..., est gardée en observation au dortoir de la Clinique Baudelocque à partir du 6. Les contractions commencent le 8 mars, à 2 heures du matin ; les pieds

du fœtus apparaissent à la vulve et l'expulsion par l'extrémité pelvienne a lieu bientôt après ; il pèse 300 grammes.

Délivrance quarante-cinq jours après, le 22 avril, par curage digital pour hémorrhagie. Sort guérie le 10 mai.

OBSERVATION III (11)

Pinard. Société d'obstétrique, gynécologie et pediatrie, 1898, n° 129 de la Clinique Baudelocque.

M... 35 ans. Trois avortements, un de 3 mois et 2 de 6 mois. Curettage et amputation du col, pour métrite, en 1884, à Pascal.

Avortement de six mois. Cinquième grossesse, accouchement à sept mois, enfant vivant. Sixième avortement de six mois : enfant mort-né. Septième, accouchement spontané à terme : enfant de 3250 grammes. Période de dilatation 5 h. 1/2 ; suites normales. Pour cette grossesse, repos et traitement spécifique.

OBSERVATION IV (64)

Audebert, loco citato ; (Obs. VIII) de son Etude sur la grossesse et l'accouchement après l'amputation du col.

Deux grossesses à terme. Amputation du col suivie d'un avortement de trois mois. Rétention placentaire ; curage digital ; guérison.

D... domestique, tertipare, 31 ans, réglée à 17 ans.

En 1886, première grossesse, accouchement normal, gar-

confort gros, en bonne santé ; en 1889, seconde grossesse, garçon bien portant, à terme.

Souffrant du ventre à cette époque, elle entre à l'hôpital Saint-André en 1892, où on lui fait un curettage utérin, puis une amputation du col.

Enceinte pour la troisième fois, vers le milieu de 1895, (D. R. 7 novembre), elle est prise sans cause connue, dans la journée du 13 mars, de coliques utérines très fortes ; elle expulse un embryon de la longueur du doigt environ. Le lendemain, une hémorrhagie subite et très abondante se déclare. Je trouve le placenta à moitié engagé dans le col, lequel est allongé en boyau et peu dilaté... Après une injection intra-utérine abondante, je puis avec peine décoller toute la masse placentaire et opérer le curage digital de la cavité utérine. Le col, indépendamment de sa consistance ligneuse ordinaire et de sa forme en tunnel, présentait au niveau de l'orifice externe des noyaux fibreux, rigides, qui auraient certainement opposé une certaine résistance à une dilatation plus avancée. Les suites de couches ont été physiologiques.

OBSERVATION V (35)

Mangin.

D..., 27 ans, 1 grossesse, enfant mort. Endométrite chronique. Ectropion du col. Col congestionné, saignant facilement.

Curettage et Schroeder en 1889 ; suites simples ; retard de 15 jours au commencement de 1890, puis pertes de sang,

probablement avortement de quelques jours. Syphilis sans traitement sérieux.

OBSERVATION VII (50)

Doléris, cité in Isaac. Thèse Paris, obs. 41.

Salpingo-ovarite et paramétrite gauche. Bride vaginale, cervicite. Rétroversion déterminée par la rétraction de la bride.

Amputation haute du col, ablation des annèxes gauches par la voie vaginale. Section de la bride en novembre 1890.

Grossesse en 1894. — Fausse couche à 2 mois 1/2 qui fut attribuée à la fatigue et au froid.

OBSERVATION VIII (87)

J. de Koninck. Revue médicale de Louvain, juillet 1898. Grossesse et accouchement après l'amputation du col.

« J'ai eu l'occasion d'observer récemment un cas tout aussi démonstratif que ceux de Audebert. « Une dame de mes clientes ayant donné naissance à quatre enfants vivants, à terme, subit l'opération de Schroeder, il y a deux ans, à Bruxelles. Depuis son opération je l'ai soignée deux fois, pour fausses couches, à 2 mois 1/2 et 3 mois ».

OBSERVATION IX (48)

Mangin de Marseille, obs. 89 de sa statistique ; in Nouvelles Arch. d'obst. et de Gynéc. Janvier février 1895.

Mme G..., 30 ans ; 3 grossesses : 2 à terme, 1 avortement de 3 mois.

Métrite hémorrhagique, suite d'avortement : rétroversion de l'utérus. Abaissement. Déchirure du périnée. Curettage, amputation partielle du col, fixation de l'utérus en avant par la voie vaginale. Colpopérinéorrhaphie en septembre 1893. Suites simples, guérison complète.

En juin 1894, début de grossesse, en septembre (à la suite d'imprudence ?) un avortement se produit, début d'infection (n'a pas fait d'antisepsie rigoureuse à la suite).

Curettage, grand frisson immédiatement après le curettage ; guérison.

OBSERVATION X (45)

Mangin, loco citato, obs. 84.

Mme B..., 29 ans. 5 grossesses, dont une fausse-couche. Endométrite chronique intense, col induré, œufs de Naboth, salpingo-ovarite double, légère. Ovaires prolabés, abaissement de l'utérus. Nervosisme, arthritisme.

Un maître des plus distingués de Paris avait proposé l'enlèvement des annexes.

Curettage et amputation du col. Colpopérinéorrhaphie à

la fin de 1892. Suites simples, amélioration immédiate. De temps en temps, souffre encore du côté droit.

Au toucher, on ne perçoit cependant plus rien. Persistance assez marquée des troubles nerveux, menstrues irrégulières. Accidents arthritiques.

En 1893, fausse-couche de 1 m. 1/2. En 1894, de nouveau quelques douleurs dans le bas-ventre.

On trouve l'utérus sclérosé ; plus rien du côté des annexes.

OBSERVATION XI (118)

Doléris, cité in Bernheim. Thèse Paris, 1899. (Obs. 40).

Mme C..., nerveuse héréditaire, fille d'arthritique.

Accouchement en 1886, au forceps, par M. Doléris, à la suite de cinq ou six tentatives infructueuses du médecin. Suites régulières, mais il est évident que, par suite de la longueur du travail et des tentatives d'application du forceps, les ligaments, le vagin et le plancher pelvien ont fortement souffert.

Périnée intact. Il existe, sur la paroi postérieure du vagin, une entaille partant de la déchirure latérale gauche du col et se dirigeant à gauche et en avant.

Opération secondaire de ce traumatisme. Cicatrice rétractile, rétroversion consécutive.

La malade est revue en 1889. Rétroversion, leucorrhée, métrite cervicale, cicatrices du col. Releveur et périnée intacts. Traitement pendant 5 mois, par tampons et injections chaudes. Amélioration. Rétroversion réductible. Quand

l'utérus est ramené en avant, la bride cicatricielle subit une traction nette.

Opération le 17 novembre 1890. — Curettage des fongosités, abrasion profonde du col préférée à l'Emmet, en raison de la cervicite interstitielle reconnue. Section transversale en deux points, puis déchirure de la bride avec les doigts. L'utérus, diminué de volume, libéré de ses attaches postérieures, reste en antéversion.

Devient enceinte au commencement de 1894, très nerveuse, se fatigue à l'excès, prend froid.

Avortement : rétention placentaire, délivrance artificielle, suites simples.

OBSERVATION XII (119)

Doléris, in Bernheim (obs. 42). Th. Paris. 1899.

Mme R... 24 ans. Trois accouchements en trois ans de mariage. Déchirure complète du périnée. Trois tentatives infructueuses de restauration ; Schrœder, curettage, le 12 mars 1891.

Fausse-couche en 1892, due certainement à la malade. Nouvelle grossesse en 1893. Accouchement très normal à terme, le 22 janvier 1894, effectué par le D. Doléris, à Paris.

OBSERVATION XIII (120)

Doleris, in Th. Bernheim (43).

Mme C..., 26 ans. A un enfant de 5 ans 1/2. A fait depuis deux fausses couches, soignées par le Dr Bar, métrite et salpingite droite.

Curettage par MM. Bar et Barthélemy, en 1887. Diminution des pertes blanches, persistance de la douleur.

A l'examen, on trouve une antéflexion assez prononcée. Le col est gros et, sur la lèvre postérieure, on trouve de nombreux kystes purulents. Procidence du vagin.

Opération le 15 janvier 1891. — Dilatation prolongée, curettage, stomatoplastie, colpopérinéorrhapie. Suites bonnes.

Devient enceinte en juin 1894 et fait une fausse-couche au mois de décembre de la même année par suite d'excès de fatigue.

OBSERVATION XIV (1).

Professeur Pinard. Comptes-rendus de la société d'obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, 1899. Janvier. N. 1390 des Archives de la Clinique Baudelocque, en 1892.

34 ans, 6 grossesses : deux premières à sept mois. Trois suivantes à terme. Un avortement à quatre mois.

Curettage et Shrœder.

Septième grossesse. Hémorrhagie pendant la grossesse. Accouchement à terme. Durée totale du travail : 3 h. 40. Période de dilatation : trois heures et demie. Période d'expulsion : 16 minutes. Enfant vivant, 3.330 grammes. Suites normales.

OBSERVATION XV (69).

Lepage, cité par Audebert (obs. XIV).

Accouchement à 7 mois 1/2. Curettage, amputation du col, ablatation d'un kyste de l'ovaire ; deuxième grossesse. Hé-

morrhagies, violentes douleurs lombo-abdominales pendant la grossesse, accouchement à terme, enfant vivant. La dilatation fut lente, dura 15 heures 45. Sur le col on ne sentait pas de tissu cicatriciel. Les douleurs furent extrêmes pendant les quelques jours qui précédèrent l'accouchement.

Cette femme était albuminurique.

OBSERVATION XVI (69).

Observation prise dans le service de M. Richelot ; recueillie par M. Pescher et citée dans sa thèse.

Métrite chronique du col et endométrite hémorrhagique. Curage et opération de Schrœder. Grossesse huit mois après l'opération. Métrorrhagies au troisième mois. Le col est resté déformé et induré.

Mme H.., chapelière, 26 ans, réglée à 16 ans 1/2, régulièrement, perdait beaucoup chaque fois, première grossesse à 18 ans, accouchement normal à terme, fille morte à dix-sept jours. Deuxième grossesse un an après, accouchement normale à terme, garçon mort du croup à 13 mois ; troisième grossesse fausse couche de 3 m. 1/2 ; cinquième grossesse, fausse couche de 3 mois.

En somme, il y a eu neuf grossesses dont deux fausses couches. La malade n'a gardé qu'un enfant qui a 28 mois et se porte bien.

Depuis sa dernière grossesse, douleurs vives dans l'hypogastre et dans les reins au moment des règles. Celles-ci durent de huit à dix jours. Leucorrhée abondante, la malade est affaiblie.

A l'examen col gros, déchiré à gauche, muqueuse ectropiée. Curage et opération de Shrœder, le 25 mai 1891, par M. Malapert interne du service, suites opératoires ordinaires.

30 mai 1892. — La malade, enceinte de 3 mois, a des métrorrhagies abondantes, pour lesquelles elle est allée à la Maternité de Tenon, consulte M. Champetier de Ribes qui nous la renvoie, pour l'examiner au point de vue du résultat opératoire.

M. Richelot constate que le col est bien cicatrisé, sans ulcérations. *Il a été déformé par l'opération et reste dur.* L'hystéromètre flexible introduit dans l'orifice externe du col et avec ménagement, en raison de l'état de grossesse, permet de constater la perméabilité complète.

CHAPITRE IV

Accouchement prématuré. Influence de l'amputation sous-vaginale du col sur les accouchements prématurés.

L'influence des opérations pratiquées sur le col, peu marquée comme nous l'avons vu, en ce qui concerne les avortements, nous paraît moins difficile à établir quand il s'agit des accouchements prématurés.

En effet l'étiologie des accouchements prématurés est moins vaste que celle des avortements.

En premier lieu, il est plus difficile d'invoquer la métrite ; à cette époque de la grossesse, l'œuf qui a pu germer s'est presque définitivement soustrait aux causes de mort venant d'une muqueuse infectée et, plus la femme approche du terme, plus ce danger disparaît.

On pourrait invoquer le processus sclérogène de Hepp à l'appui duquel nous avons cité un cas de dégénérescence fibreuse du placenta. La vitalité de la muqueuse ne serait plus alors seule en cause ; il faudrait considérer la perturbation trophique de l'organe tout entier. Mais

nous l'avons vu, ces cas de sclérose utero-annexielles sont rares et ils doivent entrer pour une très faible part dans le déterminisme des accouchements prématurés.

Les causes accidentelles, froid, fatigue, excès de tout genre peuvent déterminer aussi bien des avortements des premiers ou des derniers mois, mais leur valeur est diminuée du fait de la prédisposition individuelle des femmes qui en sont victimes.

Les maladies générales restent une grande cause d'accouchements prématurés et une cause cliniquement très précise, car on peut, en bien des cas, retrouver la syphilis, l'albuminurie, le diabète, chez les malades, et fixer approximativement la part de ces affections dans l'interruption du cours de la grossesse.

L'insertion vicieuse du placenta, ou placenta praevia, amène souvent la rupture prématurée des membranes suivie de l'accouchement avant terme. Notre observation XXI en relate un cas. Mais il n'est pas assez établi que l'amputation du col, à elle seule, favorise le placenta praevia, parfois imputé, à tort ou raison, au curettage préalable, et avec plus grande vraisemblance aux opérations associées qui amèneraient un dérangement de la statique utérine. N'insistons pas pour le moment.

Toutes ces causes extrinsèques envisagées, il reste à étudier l'influence du col lui-même sur les accouchements prématurés et il nous faut pour cela comparer l'état normal avec l'état de l'organe modifié ou enlevé par le Shroeder ou les procédés analogues.

Des études très documentées tendent à attribuer au col une certaine individualité anatomique et physiologique :

Négrier, Forget, Bennett, Scanzoni, Pinard, Varnier, Doléris ont bien étudié cette question. Keiffer a donné du col une micro-anatomie très précise.

Pour lui, les fibres musculaires du col sont de deux ordres : des fibres longitudinales ou obliques qui viendraient, pour la plupart, du vagin, et des fibres circulaires ayant une origine utérine. Physiologiquement, l'alternative de contraction de ces deux systèmes donnerait des résultats analogues à ceux d'un sphincter fermant et ouvrant le canal cervical. Nous n'insistons pas sur les différences histologiques qu'on pourrait signaler entre le col de l'utérus et le reste de l'organe. Nous ne tirons d'ailleurs des affirmations de Keiffer que cette conclusion : Le col a une architecture spéciale. Peut-elle jouer un rôle dans la grossesse normale ? Sa suppression après l'amputation peut-elle être une cause d'accouchement prématuré ? c'est ce que nous allons essayer de comprendre.

Le rôle du col, dans la grossesse normale, est très restreint, d'après les auteurs modernes. MM. Pinard et Varnier, lui refusent un rôle actif quelconque. Mais on lui attribue un rôle passif important, au point de vue spécial qui nous occupe. Le col en effet, comme le reste de l'utérus, doit s'accommoder aux nouvelles conditions mécaniques créées par la présence dn fœtus ; il doit se prêter aux exigences subies par le reste de l'élément contractile utérin. De plus, comme il constitue un point spécial de la sphère représentée par l'utérus gravide, il est probable que les particularités de structure signalées par Keiffer ont pour effet de l'adapter à un état d'équilibre particulier.

Or l'amputation du col modifie gravement l'architecture et la mécanique de cet organe.

L'utérus est moins protégé contre les tiraillements qui peuvent agir sur le vagin, par la disposition des fibres de transition vagino-cervicales.

De plus, le sphincter qui donnait une résistance spéciale à cette partie du globe utérin ouverte au niveau du canal cervical peut avoir été diminué. Il doit donc y avoir, en ce point, manque de résistance à la pression régulière résultant de l'accroissement progressif du produit de conception. Le liquide amniotique qui a pour but de faciliter l'équilibre à cette tâche, les membranes se trouvent peut-être forcées, et se rompent. C'est ensuite le fœtus qui souffre du défaut d'accomodation, et l'accouchement prématuré suit son cours.

Telle nous paraît être, dans la majorité des cas, la genèse des accidents. On diminue le col, on crée peut-être un point faible qui explique l'expulsion prématurée du contenu utérin, par défaut d'adaption au contenant.

Mais on peut faire à cette théorie une objection. La suppression du système musculaire cervical n'est pas exagérée et l'opération en laisse suffisamment pour empêcher l'accouchement prématuré, quand elle est régulière.

Ceci nous amène à considérer deux variétés d'amputation du col : l'amputation ordinaire et l'amputation demi-haute, avec leurs intermédiaires. Laissons pour le moment de côté l'amputation ordinaire, étudions seulement l'amputation pratiquée plus haut, pour les nécessités d'un cas particulier auquel s'adressait le chirurgien. Nous

nous trouvons alors dans une situation assez analogue à celle que créérait le procédé de Huguier.

Monsieur le Professeur Pinard, dans une leçon recueillie par M. le Dr Funck Brentano, chef de clinique (*Revue pratique d'obstétrique et de paediatrie*, janvier 1899) a cité le cas d'une amputation faite par Verneuil et apprécie ainsi les résultats de l'opération « *haute* » : « *Depuis j'ai pu rassembler de multiples observations de ce genre ; elles m'ont confirmé dans l'opinion que ces amputations hautes du corps utérin provoquent d'ordinaire l'accouchement prématuré.* »

On conçoit, en effet, que l'insuffisance, dans ce cas, soit beaucoup plus considérable. Souvent d'ailleurs la quantité de tissu enlevé par le chirurgien est plus grande qu'il ne le croit. Le col de l'utérus paraît s'allonger par la traction qui, au moment de l'opération, l'amène le plus près possible de l'orifice vulvaire ; l'incision remonte ainsi très haut, et le col entier se trouve intéressé. Il suffirait, pour éviter cet inconvénient, de se rappeler, comme le demande M. Doléris, les précautions qu'on prend dans l'hystérectomie vaginale afin de ne pas faire remonter trop les incisions postérieure et antérieure et de les appliquer à l'amputation du col. Mais beaucoup d'opérateurs sont amenés à pratiquer, de propos délibéré, un large sacrifice, pour enlever tous les tissus malades. Quel qu'en ait été le motif, c'est dans ces amputations élevées que l'insuffisance fonctionnelle a le plus de chances de se produire.

Même dans l'amputation basse, on peut aboutir à une insuffisance que ne faisait pas prévoir la minime quan-

tité absolue ou relative de tissus enlevés. Il se produit en effet, dans certains cas, une régression des fibres cervicales restantes qui agrandit la perte de substance, au moins celle des tissus physiologiquement utiles. C'est le cas plus particulier de l'hypertrophie du col où l'inflammation disparaissant laisse une surprise déjà : puis aussi, il faudra compter avec le processus de dégénérescence qui a touché bien des éléments nobles. L'infection, si on n'a pas su l'éviter, aboutirait plus sûrement encore à cette diminution fonctionnelle.

Notons, en terminant ces considérations, un mécanisme spécial d'accouchement prématuré, à la suite d'amputation du col. Le professeur Felice La Torre cite le cas d'une femme qui présentait une cicatrice douloureuse du col. La douleur était si vive, au moment du coït, qu'elle s'accompagnait de convulsions et qu'elle fut cause d'accouchements prématurés. Cette femme, il est vrai, avait des stigmates d'hystérie et on doit attribuer à la névrose une grande part de ses accidents. Nous aurons d'ailleurs à parler avec détails des cicatrices vicieuses du col, au moment de l'accouchement, ce qui nous dispense d'y insister longuement ici.

Nous avons réuni, à la fin de ce chapitre, un assez grand nombre de faits d'accouchements prématurés. Dans quelques cas, ils peuvent être rapportés à une maladie générale. Ainsi, la femme qui fait l'objet de l'observation (XX) était albuminurique, et dans l'observation (XXII) on note de l'œdème des membres inférieurs. Le rôle de l'amputation du col, dans ces cas, est au moins contestable ; tout au plus, pourrait-on remarquer que cette complication a plus de

chances d'être suivie de complications chez une femme dont la résistance est affaiblie par un mauvais état général.

Dans l'observation 21, le placenta prævia fut la cause immédiate de l'interruption de la grossesse. Nous ne reviendrons pas sur ce fait que nous avons déjà commenté Notons néanmoins que l'amputation elle-même ne peut être rendue responsable de cette insertion vicieuse.

Dans toutes les autres observations, l'accouchement prématuré n'est dû ni à une maladie générale, ni à des causes accidentelles. La relation entre l'arrêt de la grossesse et l'opération nous paraît directe. Il est vrai que, dans un assez grand nombre de cas, l'accouchement se fait près du terme, à huit mois et demi ou huit mois, ce qui enlève de la gravité à cette complication.

Dans les observations 1, 3, 47, 48, 50, 54, 58, 65, 67, d'autres accidents s'ajoutent à l'accouchemeut prématuré Ce sont des avortements sur la pathogénie desquels nous nous sommes déjà étendu ou des rétrécissements cicatriciels que nous étudierons dans les chapitres suivants. Il n'y a d'ailleurs qu'une question de degré entre les avortements et les accouchements prématurés et il peut exister une relation de cause à effet entre eux et le rétrécissement cicatriciel.

OBSERVATION XVII — (2)

Professeur Pinard. Loco citato. 1894, n° 985 des archives de la clinique Baudelocque.

Femme âgée de quarante et un ans. Dix accouchements spontanés à terme. Curettage et amputation du col (Cochin 1892).

Onzième grossesse deux ans après. Rupture précoce des membranes à huit mois. Période de dilatation : sept heures. Expulsion en dix minutes. Siège. Enfant mort.

OBSERVATION XVIII (5)

Professeur Pinard 1897 n° 184 des archives de la clin. Baudelocque (Comptes-rendus de la société d'obstétriq. Gynec et Paediatrie de Paris, janvier 1899, p. 20.

Deux accouchements à terme, un avortement. Curettage et amputation du col. Accouchement avant terme à 6 m. 1/2. Rupture prématurée des membranes.

D... Jeanne, 30 ans, couturière, antécédents tuberculeux dans sa famille. P. R. à 13 ans. Rougeole. Première grossesse en 1885, garçon à terme, présentation du sommet, accouchement spontané.

Deuxième grossesse en 1887, idem, menée à terme.

Troisième grossesse en 1893, avortement à 3 mois. A la suite, surviennent des hémorrhagies très fréquentes et très fortes ; malgré l'ergotine, les injections chaudes, elles persistent pendant deux mois ; la malade entre alors à Tenon (service de M. Richelot), où on lui fait un curettage et une amputation du col.

Grossesse actuelle. — D. R. du 2 au 7 juin 1896. Les mouvements actifs sont perçus à la fin de septembre.

Elle entre à la clinique Baudelocque le 28 janvier 1897, souffrant un peu.

La rupture prématurée des membranes a eu lieu la veille, le 27 janvier sans contractions.

L'utérus mesure 32 cent. en hauteur ; sommet engagé en G. A.

Le travail marche régulièrement et l'accouchement se produit le 29 janvier à 7 h. 35 du soir.

Enfant vivant du poids de 2680 gr.

Délivrance trente minutes après ; le placenta pèse 450 gr.

Mensuration des membranes, 81/5.

OBSERVATION XIX (6)

Pinard. Loco citato. Clin. Baudelocque, 1897, n° 232.

Primipare de 22 ans. En 1895, curettage et amputation partielle du col (M. Bouilly). Grossesse en 1896. Accouchement prématuré en 1897. Rupture prématurée des membranes. Accouchement spontané, 2730 grammes. Période de dilatation : huit heures et demie. Suites normales.

OBSERVATION XX (66)

Hirigoyen cité par Audebert. Loco citato.
1re grossesse terminée à 8 mois, sommet. Métrite, curettage et amputation du col. 2e grossesse terminée à 6 mois. Epaule. 3e grossesse terminée à 8 mois. Epaule transformée en siège.

Mme P..., mariée à 16 ans, devient enceinte l'année suivante et accouche à 8 mois d'un enfant mort ; présentation

du sommet. A la suite, elle fut atteinte d'une métrite pour laquelle elle fut soignée pendant deux ans et qui nécessita une opération. On lui fit, à l'hôpital Saint-André, un curettage de l'utérus et une amputation du col en 1892.

En janvier 1894, elle devint enceinte. Albuminurie pendant la grossesse, régime lacté, du 3e au 6e mois. Malgré le régime, l'albumine se maintient à 9 grammes par litre, au 6e mois. Début de travail, le 2 juin au matin. Contraction utérine ; le col est fermé, aucune partie fœtale n'est accessible au toucher. Le soir à 11 heures, la dilatation est de 4 centimètres ; présentation de l'épaule gauche, dos en arrière, procidence du bras et du cordon. L'enfant est mort. Chloroforme. Version podalique. L'introduction de la main est facile, mais l'orifice se rétracte fortement sur le cou du fœtus et la sortie de la tête est difficile. Suites de couches normales, malgré la présence de 5 grammes d'albumine. Deux mois après, juillet 1894, il y en a encore 1 gr. 50.

En février 1895. — Début d'une nouvelle grossesse.

L'albumine qui n'a jamais disparu, remonte à 5 grammes et persiste tout le temps de la grossesse qui se termine à 8 mois.

L'enfant se présentait encore transversalement ; la version externe tentée à plusieurs reprises ne peut être effectuée. Le travail survint à 8 mois ; le 7 novembre, présentation du siège complet, dégagement facile, à cause du petit volume de l'enfant, né vivant, et qui s'est développé normalement ; le placenta n'a pas été examiné. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXI (68)

Lugeol, cité par Audebert.
1re grossesse à terme. Amputation du col. 2e grossesse terminée à 8 mois 1/2.

Mme X..., secondipare. Premier accouchement à terme, suivi d'accidents infectieux qui laissèrent une endométrite ; de plus, large déchirure du col. Elle subit, deux ans après, un curretage et une amputation du col (Shrœder).

Une grossesse, la seconde, survint 18 mois après et fut bonne.

Elle accoucha un peu avant terme ; ses membranes se rompirent 32 heures avant le début du travail ; OIGA.

La dilatation fut lente, (6 heures), mais régulière ; période d'expulsion très courte, une demi heure à peine. Délivrance faite un quart d'heure après. Il y avait un placenta prævia marginal. Pas d'hémorrhagie. Suite de couches physiologiques.

Fille vivante pesant 2700 gr.

OBSERVATION XXII (3)

Empruntée à Audebert.
3 grossesses normales. Accouchements à terme. Amputation de Schrœder. Accouchement avant terme ; rupture prématurée des membranes. Hystéropexie. Accouchement à terme ; présentation de l'épaule ; rupture précoce des membranes ; version difficile ; enfant vivant. (Cl. Baudelocque, 1897, n° 1428).

Joséphine M..., 36 ans, rempailleuse de chaises. Premières règles 15 ans, régulières.

Rougeole de l'enfance ; scarlatine à 6 ans ; fièvre typhoïde et pleurésie à 21 ans.

1re grossesse en 1879, garçon à terme, sommet ; nourri au sein ; mort à 2 ans et demi.

2e grossesse en 1883, fille à terme, sommet ; nourrie au sein ; morte de broncho-pneumonie à 2 ans.

3e grossesse en 1886, fille à terme, sommet ; nourrie au sein ; vivante.

En 1888, *amputation du col et curettage* à Bichat.

4e grossesse en 1895 ; accouchement à 7 mois ; rupture prématurée des membranes, 8 jours avant le début du travail. Enfant né par le sommet, mort au bout de 10 jours.

En mars 1896, salpingite droite et rétroversion ; opérée à Bichat (*castration droite* et *hystéropexie abdominale*).

5e *grossesse actuelle.* — Elle entre au dortoir le 5 juillet 1897. Dernières règles vers le 20 novembre 1896. Hauteur de l'utérus : 36 centimètres. Hémorrhagies le 10 et le 20 janvier 1897.

Œdème des jambes et de la partie abdominale. Régime lacté.

On constate une présentation transversale, tête dans la fosse iliaque gauche, épaule droite dorso-antérieure.

Cette femme a commencé à perdre les eaux au dortoir à 1 heure et demie du matin, le 22 août, n'éprouvant alors que quelques faibles douleurs. A partir de 3 heures du matin, les contractions deviennent plus fortes ; la malade est transportée à la salle de travail. A son arrivée, on constate que le bras droit du fœtus est dans le vagin, la dilatation absolument complète. Pendant l'examen de la femme, il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique épais et de cou-

leur verdâtre. Par le palper, on sent la tête dans la fosse iliaque gauche. L'auscultation pratiquée avec soin ne permet pas d'entendre les bruits du cœur, peut-être à cause de l'obésité et de l'œdème sus-pubien très marqué de la parturiente. On la met dans la position obstétricale, on place un lacs sur le membre situé dans le vagin, et Mlle R..., tente la version par manœuvres internes. Elle introduit alternativement dans l'utérus le bras droit, puis le bras gauche et va à la recherche d'un pied. Celui-ci, placé très haut, au fond de l'utérus et en avant, ne peut être saisi qu'après plusieurs tentatives et de grands efforts. Abaissé enfin, il ne permet pas l'évolution du fœtus, l'utérus ne contenant pas de liquide amniotique. Mlle R..., saisit l'autre pied et l'amène à la vulve avec beaucoup de peine ; puis elle exerce sur ce dernier des tractions lentes et continues jusqu'à ce que le siège apparaisse à la vulve.

Après le dégagement du siège, le second pied, avec le membre inférieur correspondant est extrait à son tour, puis le tronc, et enfin successivement le bras antérieur et le bras postérieur. La manœuvre de Mauriceau est alors tentée, mais la tête bridée par l'orifice utérin ne peut être dégagée qu'avec beaucoup de peine par Mlle R..., pendant qu'un aide refoule le col. Un craquement articulaire a été entendu, au moment du dégagement de la tête. L'enfant, un garçon de 4.430 gr., naît en état de mort apparente, il a fait plusieurs mouvements respiratoires pendant l'extraction ; on ne peut le ranimer qu'après de longs efforts : désobstruction des voies respiratoires, insufflation, frictions à l'alcool, oxygène, bain sinapisé.

La délivrance n'a rien présenté de particulier.

La mère sort le neuvième jour, en bon état, et l'enfant pèse alors 4.558 gr.

ORSERVATION XXIII (73)

Paquy, cité par Audebert.

Curettage et amputation de Schrœder. Accouchement à huit mois. Rupture prématurée des membranes; enfant vivant. Avortement de deux mois et demi.

Mme G..., a subi en 1889 un curettage et une amputation du col, (procédé de Schrœder), pour une endométrite datant de trois ans environ. E le était alors âgée de 27 ans.

Dernières règles du 10 au 12 novembre 1893.— Grossesse normale ; *le 24 janvier à minuit, rupture des membranes sans qu'il y ait eu début du travail.*

Lorsque je la vis, le 26 juillet 1894, à 4 heures du soir, je constatai une présentation du sommet en G.A. Il s'écoulait, par les voies génitales, du liquide amniotique.

Par le toucher, on constatait un petit moignon de col souple mais non dilaté. Du reste la parturiente n'avait eu aucune douleur depuis la rupture des membranes.

Les contractions utérines commencèrent vers 6 heures du soir, la dilatation fut normale et, le 27 juillet à 6 heures du matin. Mme G...,mit au monde un garçon de 2850 grammes.

L'orifice des membranes était à 14 cm. du bord placentaire.

En 1895, Mme G..., a fait une fausse couche de 2 mois 1/2 environ.

OBSERVATION XXIV — (74)

Cuzzi Resinelli. Resultati prossimie remoti della raschio-amputazione dell'utero. Pavie, 1892. (Voir Audebert).

Ces auteurs citent les observations de quatre femmes devenues enceintes après l'amputation du col. Deux de ces femmes accouchèrent à terme. Observations VIII et XX, les *deux autres à 8 mois*, obs. XVI et XIV.

OBSERVATION XXV — (62)

Doléris, cité par Lefèvre. Observation XXXIX de sa thèse.

Mme A..., stérile depuis plusieurs années de mariage, vient, en 1892, consulter pour sa stérilité.

Le col est atteint de catarrhe chronique, la lèvre antérieure éversée pointe en avant. L'utérus est très antéfléchi. Le cul-de-sac latéral droit est empâté et douloureux. La sténose de l'orifice externe est peu marquée.

Après dilatation prolongée, il est procédé au curage de l'utérus et à l'amputation du col, par le procédé de Shrœder, en mars 1892.

Huit mois après l'intervention, Mme A..., devient enceinte *et accouche, en juillet 1893, à huit mois 1/2 de grossesse.*

OBSERVATION XXVI — (17)

La Torre.

Hypertrophie du canal cervical. Vaginisme, stérilité. Débridement de l'orifice vaginal et amputation du col. Guéri-

son. *Grossesse gémellaire et accouchement à 8 mois.* Deuxième grossesse, accouchement à terme d'un enfant de 3600 grammes. Troisième grossesse, accouchement après deux jours de travail, *rupture prématurée des membranes.* Forceps à cause d'un enroulement du cordon autour du bras et du cou.

Vu la brièveté relative du cordon délivrance artificielle, puis, dans un second temps, curettage. Guérison.

OBSERVATION XXVII — (76)

Le Dentu : Du traitement des affections inflammatoires de l'utérus (Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, mars 1892).

Après l'amputation du col...

« Dans un cas où la dilatation avait été extemporanée, l'opérée devint enceinte, par la suite, et *accoucha à huit mois et demi* d'un enfant viable.

OBSERVATION XXVIII — (77)

M. Bar, accoucheur à l'hôpital Saint-Louis, voir thèse Pescher, p. 101.

D.. , métrite chronique du col, avec catarrhe glaireux, exagération de conicité. Stérilité.

Opération de Shroeder. Grossesse quelques mois après. *Gestation normale jusqu'à huit mois. A cette époque déhiscence du col accouchement prématuré* très facile et rapide, enfant vivant.

OBSERVATION XXIX (91)

Observation communiquée par M. le Dr Balard d'Herlinville, Chirurgien des hôpitaux du Hâvre (Inédite).

Mme X..., âgée de 32 ans, mariée à 23. fit une métrite un an après son mariage. Fausse couche de 2 m. 1/2.

Elle se plaint de dyspnée, pertes blanches, léger vaginisme. On constate a l'examen, hypertrophie du col, ectropion, atrésie de l'orifice supérieur, rétroflexion légère, écoulement muco-purulent, annexes intactes.

Shroeder, curettage, bourrage de la cavité utérine à la gaze iodoformée, guérison en 3 semaines ; *elle accouche le 3 avril 1897 avant terme, entre 8 m. et 8 m. 1/2.* L'accouchement fut normal comme durée, et les suites bonnes.

OBSERVATION XXX (108).

Savory (Obst. Trans. London, 1875, p. 82).
Reproduite in Ducasse (Th. Paris).

J. W..., 35 ans ; *épithélioma du col, ablation avec l'écraseur* le 27 octobre 1870 (durant une grossesse de cinq mois qui suivit son cours. Accouchement à *huit mois ;* travail très rapide, ni hémorrhagie, ni déchirure ; enfant vivant).

« En juin 1873, appelé près d'elle, je trouvai une grossesse d'environ *sept mois* ; les battements du cœur étaient distinctement perçus.

Le 20, l'accouchement prématuré fut discuté.

Le 25, au matin, je fus appelé à la hâte : le liquide amniotique s'était écoulé, les douleurs survenaient toutes les dix

minutes, mais c'est à peine si la dilatation du col était appréciable. Cet état de choses dura jusqu'à 3 ou 4 heures de l'après-midi. La dilatation alors admettait justement l'extrémité du doigt : présentation de la tête, douleurs toutes les cinq minutes, pouls fréquent.

On décida de dilater l'orifice utérin, en vue de pratiquer la version ; on introduisit des ballons de Barnes de plus en plus grands. Dès qu'on put introduire trois doigts, on fit la dilatation manuelle. Après un temps assez long, on put introduire la main, saisir un pied et effectuer la version. Il était neuf heures environ. L'enfant était mort, mais non décomposé. Pas d'hémorrhagie ; expulsion naturelle du placenta.

Les suites de couches furent assez bonnes. Mais une semaine après la malade commença à s'affaiblir et mourut le 8 juillet, treize jours après la délivrance, probablement d'épuisement à marche rapide.

OBSERVATION XXXI (116)

Amputation haute du col utérin pratiquée par Verneuil, citée par le professeur Pinard, dans une leçon recueillie par le Dr L. Funck-Brentano, chef de Clinique (Revue prat. d'obst. et et Paediatr. janvier 1890).

Quelle va être l'influence de l'amputation du col, à sa partie supérieure, de l'amputation faite à la manière de Huguier, qui n'est autre chose, somme toute, que l'ablation de cette partie de l'utérus ?

Il y a 20 ans environ, cette question me fut posée par mon maître et ami, le professeur Verneuil, à propos d'une de ses

clientes à laquelle il avait emputé le col de l'utérus atteint d'un début de cancer et qui était devenue enceinte depuis.

Je répondis que j'avais déjà vu deux fois des cas analogues et que dans ces deux cas les femmes étaient accouchées avant terme. Il en fut de même pour la cliente de M. Verneuil, elle accoucha prématurément à 7 m. 1/2. La dilatation se fit sans difficulté.

Depuis, j'ai pu rassembler de multiples observations de ce genre, elles m'ont confirmé dans l'opinion que ces amputations hautes du corps utérin provoquent d'ordinaire l'accouchement prématuré.

OBSERVATION XXXII (57)

Doléris, cité par Lefèvre, sur une forme commune de stérilité chez la femme ; son traitement. Th. Paris, 1898. (Obs. XVII).

1889, Mme R... est âgée de 26 ans. Elle a été réglée de bonne heure, mais les époques menstruelles sont toujours accompagnées de douleurs. Elle est atteinte de leucorrhée qu'elle avait déjà quand elle était jeune fille. Mariée à 18 ans, l'état de ses règles ne s'est pas modifié, elles sont douloureuses et pauvres, surtout le deuxième jour.

Elle a consulté M. T. et Mme H. qui ont fait le diagnostic d'atrésie de l'orifice externe du col et d'antéflexion et ont procédé à la dilatation graduelle.

Actuellement, on constate de la leucorrhée avec col conique et endocervicite chronique ; le cul-de-sac postérieur est très lâche, l'antéflexion est moindre.

On procède au curage de la cavité utérine, à l'amputation

du col par le procédé de Schroeder, et à une colpopérinéorrhaphie rétro-cervicale.

Les suites opératoires sont normales. Mme R... accouche à 8 m. 1/2, le 19 octobre 1891.

L'accouchement a duré 5 heures seulement.

OBSERVATION XXXIII (51)

Doléris, cité par Isaac, p. 78 de sa thèse, Paris, Juin 1895 ; De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les lésions inflammatoires des annexes.

Mme E.,Cervicite post-puerpérale compliquée de salpingo-ovarite. Pyosalpynx gauche ouvert dans le vagin, subit en mai 1892, une amputation de Schroeder après dilatation curettage, écouvillonnage.

Elle accouche avant terme le 15 avril 1893.

OBSERVATION XXXIV (81)

Observation due à l'extrême obligeance de M. Champetier de Ribes accoucheur des hôpitaux.
Opération de Schrœder. Rupture prématurée des membranes. Accouchement prématuré.

Br... Nicaise, eut une déchirure du col à son onzième accouchement ; elle fit une métrite pour laquelle M. Dudefoy lui pratiqua un Schrœder, à l'hôpital Tenon, le 7 janvier 1893.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 20 au 25 novembre. Premières douleurs le 15 août à 10 heures du soir. Rupture prématurée des membranes.

Terminaison normale et facile en trois heures.

Délivrance 1 heure après.

Le col n'a pas opposé de résistance spéciale.

OBSERVATION XXXV (72)

Observation communiquée par M. Lepage à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de Pædiatrie de Paris. Juin 1899.

J'ai appris le décès d'une femme schrœdérisée un peu radicalement et chez laquelle survint *l'accouchement prématuré*. Il me serait bien difficile de préciser quelle part il faut faire, dans la terminaison fatale, à la chirurgie ou à l'obstétrique. *Je puis affirmer que cette dernière n'est point seule responsable des accidents survenus.*

OBSERVATION XXXVI (14)

Prof. Pinard. Clin. Baudelocque, 1899. n° 1123. Société d'obstétrique. Gyn. et Pald. juillet 1899.

R... Denise, 30 ans, polisseuse sur or, bien constituée. Première grossesse en 1893, se terminant par un avortement de 3 mois. A la fin de l'année 1893, souffrant de douleurs abdominales, et ayant une leucorrhée abondante, cette femme va trouver un médecin, qui pratique un curettage suivi d'une amputation du col.

Deuxième grossesse en 1894 : accouchement prématuré à 7 mois 1/2 d'un enfant qui, nourri au sein, meurt de faiblesse congénitale le 20e jour.

Troisième grossesse en 1899. — D... R..., du 27 au 30

octobre ; *rupture prématurée des membranes,* le 12 juin 1899. R..., se présente à la clinique Baudelocque où on constate, en pratiquant le toucher, la présence de *trois points de suture en fil d'argent au niveau du col.*

Accouchement le 13 juin. Enfant vivant, du poids de 1770 grammes pesant à la sortie 1620.

OBSERVATION XXXVI (78)

Obs. empruntée à M. Champetier de Ribes, citée par Pescher. Métrite chronique du col. Schroeder. Grossesse quelque temps après, accouchement à huit mois.

Mme R..., métrite chronique invétérée du col.

L'opération est pratiquée devant M. Champetier de Ribes.

Quelques mois après la malade devient enceinte. Grossesse normale. Mais accouchement prématuré à huit mois le 9 décembre 1891.

M. Champetier de Ribes qui l'assistait nous dit que le travail avait été facile et l'accouchement très rapide.

L'enfant pesait 2500.

CHAPITRE V

Influence de l'amputation sous-vaginale du col sur la rupture prématurée des membranes.

La fréquence de la rupture prématurée des membranes, après l'amputation du col, suscite, depuis quelques années, dans le monde des accoucheurs, un vif mouvement d'attention.

Depuis longtemps, M. le professeur Pinard a signalé l'importance du fait. M. Audebert, son élève, dans son étude des conséquences obstétricales de l'opération de Schrœder en donne de nombreuses observations.

Les observations dues à la grande amabilité de nos maîtres, M. le Professeur Pinard à Baudelocque, M. Porak à la Maternité, de M. Champetier de Ribes, de M. le Docteur Lepage, de M. Delestre interne, de M. Ribemont Dessaignes, de M. le Dr Balard d'Herlinville du Havre, etc, les nombreux travaux que nous avons lus sur ce sujet, nous ont montré la fréquence réelle de cet accident et justifient la grande préoccupation que tous apportent à l'étudier.

Nous avons essayé, dans le chapitre des accouchements prématurés, de comprendre le mécanisme de la rupture prématurée des membranes qui les amène souvent.

La béance du col due à une large perte de substance nous a paru jouer un rôle considérable, qu'elle soit due, soit à une amputation un peu radicale, soit à une régression des fibres du col, après une ablation modérée des tissus. La Torre admet implicitement cette manière de voir, puisque à la suite d'une opération de Schrœder, il pratiqua une opération d'Emmet, justement dans le but de corriger la béance du col.

Les modifications introduites par l'ablation du col, dans les conditions normales de résistance et d'élasticité du globe utérin, peuvent être considérées comme favorisant également la rupture des membranes.

L'équilibre qui existe entre les contractions utérines et les contractions du col étant également détruit, la rupture des membranes peut en être la conséquence, par suite des alternatives de résolution et de tonicité musculaire moins pondérées, assez analogues à celles qui amènent lors de la délivrance, le décollement du placenta.

Dans les cas où la diminution du col va jusqu'à l'insuffisance, celle-ci aggrave l'importance des traumatismes ou des tiraillements sur l'utérus, et facilite ainsi les causes immédiates de la rupture des membranes.

Probablement aussi une viciation organique, consécutive à l'intervention, ou résultant de la métrite antérieure, s'ajoute-t-elle pour expliquer une moindre résistance de cet œuf germé sur un terrain défectueux.

Quant aux conséquences que peut entraîner la rupture prématurée des membranes, elles sont assez graves pour qu'on permette de les rappeler.

La première est l'accouchement prématuré, étudié plus haut. Nous en avons donné un grand nombre d'observations auxquelles nous sommes obligés de renvoyer.

Les présentations vicieuses viennent en seconde ligne; on comprend que l'accommodation ne se faisant pas, par suite du défaut d'homogénéité des diverses parties de l'utérus gravide, et par manque de synergie des contractions musculaires, ces présentations puissent avoir lieu. On se les explique mieux encore en songeant que bien souvent l'œuf n'est pas à terme, à ce moment, que le fœtus est moins définitivement orienté, plus mobile peut être. Puis aussi, d'autres opérations sont associées souvent à l'amputation du col pour remédier à une lésion complexe; on connaît bien aujourd'hui l'influence marquée de l'hystéropexie par exemple sur la production de ces accidents.

Le volume moindre du fœtus, la béance du col plus facile qu'à la normale, dans une certaine limite favorisent les procidences du cordon.

Une fois la rupture prématurée effectuée, la présentation vicieuse s'accentue, devient définitive, le liquide amniotique n'est plus là pour aider le retour à une présentation normale.

La difficulté d'intervention est une conséquence, d'abord de la présentation vicieuse et, ensuite, de la rupture prématurée. Lorsqu'il n'y a plus de liquide amniotique dans un utérus normal, on éprouve déjà une grande peine à introduire la main et à faire les manœuvres nécessaires;

à plus forte raison en sera-t-il ainsi dans certains cas d'amputation du col, avec un rétrécissement cicatriciel comme obstacle, rétrécissement dont nous verrons un bon nombre de cas dans les chapitres suivants.

Cette évacuation du liquide amniotique est doublement regrettable : elle gêne l'intervention ; peut-être, sans elle, cette intervention eût-elle été moins nécessaire, car l'effort plus régulier transmis par l'œuf plein aurait eu plus d'efficacité pour la dilatation. Les parties maternelles auraient subi de moindres attritions dans un tassement mieux matelassé. Le col eût atteint aussi une dilatation un peu plus considérable qui aurait laissé plus de champ à l'introduction des instruments, en cas de besoin. Des observations de M. Porak et de M. Balard d'Herlinville montrent bien l'atroce difficulté de cette introduction dans certains cas.

Comme dernières conséquences, insistons sur les dangers que courent la mère et l'enfant.

La mère peut-être épuisée par la lenteur consécutive du travail, plus disposée à l'infection à laquelle le col absent n'offre plus de barrière.

Cette infection menace l'enfant plus directement encore dans son œuf entr'ouvert, il souffre de la durée du travail, de l'intensité des pressions plus localisées, il court le risque d'interventions graves.

Nous donnons deux observations plus spéciales de rupture prématurée des membranes. Mais dans les cas d'accouchements prématurés que nous avons rapportés, la rupture prématurée des membranes est bien fréquente. Il suffit donc de relire les observations XVII, XVIII, XIX,

XXII, XXIII, XXVI, XXX, XXXIV, XXXVI, et en plus les observations XXXXIV, XXXXVIII, L, LVI, LVIII, LXV et LXVII.

OBSERVATION XXXVIII (80)

Observation due à la très grande obligeance de M. le Docteur Champetier de Ribes. N° 635-97.
Shrœder. Membranes rompues trois jours avant l'accouchement état du col régulièrement cicatrisé.

Clémence P..., 27 ans ménagère, réglée à 12 ans, voit régulièrement.

Rougeole à 4 ans.

1890. — Première grossesse à terme, épaule, fille nourrie au sein, bien portante.

1892. — Deuxième grossesse à terme, sommet spontané, garçon vivant mort à 1 an.

1894. — Troisième grossesse à terme, sommet spontané fille vivante actuellement bien portante élevée au sein.

Grossesse actuelle :

Examinée à la consultation le 5 juin.

Clém. P... nous apprend qu'elle a été opérée par M. Bazy en 1896, pour métrite et légère salpingite droite. M. Bazy fit un Shrœder. La malade resta un mois à l'hôpital sans fièvre ni complication et sortit très améliorée.

Dernières règles 18-22 octobre.

On trouve à l'examen : Présentation du sommet ; tête mobile tendant à glisser dans la fosse iliaque droite ; bruits du cœur, bons.

A droite, au toucher, il n'y a pour ainsi dire plus de portion vaginale du col. On sent deux cicatrices verticales sur

les bords du moignon cervical. Celle de gauche est douloureuse. En pénétrant dans le canal cervical, on sent, sur la ligne antérieure, la ligne horizontale de sutures. Il existe un anneau cicatriciel mince, perceptible surtout dans le cul-de-sac droit, mais le tissu utérin a une consistance souple.

La parturiente revient le 12 juillet : tête toujours mobile, nullement engagée. Bruits du cœur bons, à droite de la ligne médiane.

Elle entre au dortoir le jour même.

Rupture prématurée des membranes le 19 juillet.

La femme accouche le 28 juillet en O. P. après 4 h. 45 de travail.

L'enfant de 3.550 gr. vivant.

Délivrance spontanée après 1 h. 1/2.

Suites de couches normales. A la sortie, le col présente les mêmes caractères qu'avant l'accouchement.

OBSERVATION XXXIX — (121)

Doleris in Thèse Bernheim, Paris 1899.

Madame S..., 25 ans, pas d'antécédents pathologiques.

Emotion vive à l'âge de cinq ans, (père ingénieur, menacé par des grévistes, obligé de fuir avec sa famille). Souffrante depuis quatre ans : naissance d'un enfant à terme après grossesse normale. Se lève quatre jours après son accouchement malgré défense du médecin. Quatre accès de fièvre qui la tiennent un mois et demi au lit.

Douleurs au bas-ventre, pertes blanches.

Nerveuse, très impressionnable, cauchemars la nuit. Pas

de crises de grande hystérie. Pleure facilement ; boule hystérique, accès de palpitations.

Douleur ovarique, zône hystérogène à gauche.

On constate des accès. Yeux convulsés. Tremblement, contractures, bruits dans les oreilles.

En somme hystérique et mélancolique.

Est opérée le 11 mai 1893. Curettage Schrœder, colpopérinéorraphie. Suite opératoires sans incidents. La malade subit pendant quinze jours un traitement de douches.

A la suite de ce traitement la malade va bien et va faire une saison à St-S...

Devient enceinte au mois de février 1894 et accouche au mois d'octobre 1894. Accouchement normal.

Le 5 mai 1896. — Lettre du Dr Ovion, de Boulogne ; cinq semaines après deuxième grossesse normale, l'accouchement présente quelques anomalies.

La poche des eaux se rompt trois jours avant l'expulsion qui dure 1/2 heure. Involution très lente. Tendance au rétroprolapsus. En avril 1896, M. le Dr Doléris ordonne un pessaire de Hodge.

Le 14 janvier 1897. — M. le Dr Doléris revoit la malade, retire le pessaire. La situation de l'utérus est très bonne, annexes normales, l'obésité augmente. Léger tympanisme abdominal par affaiblissement de la paroi. Vulve un peu large.

La malade est revue le 15 janvier et malgré la suppression du pessaire, la statique de l'utérus est parfaite. Col normal légèrement déchiré après la première grossesse.

La malade revue pour la dernière fois en mai 1896 a une légère poussée de salpingo-ovarite double soignée et guérie par le Dr Ovion. Non revue.

CHAPITRE VI

Influence de l'amputation sous-vaginale du col sur les dystocies du segment inférieur.

Nous avons étudié, jusqu'ici, l'influence de l'amputation sous-vaginale sur la marche de la grossesse et vu les complications qu'elle pouvait produire : avortement, accouchement prématuré ; la rupture prématurée des membranes se rapporte davantage aux phénomènes de l'accouchement, mais comme le mécanisme est analogue à celui de l'accouchement prématuré, ou que plutôt il en est le premier degré, nous n'avons pas voulu séparer deux ordres de faits si voisins par leur étiologie.

Désormais nous verrons les accidents produits au moment de l'expulsion du fœtus, et la précision, dans l'appréciation des faits nous semble maintenant plus facile à atteindre. En effet, l'accouchement a une durée relativement courte, et on peut, pendant tout son cours en noter les phrases diverses.

De plus, la malade est, à l'hôpital du moins, soustraite aux causes accidentelles dont l'intervention fortuite pour-

rait gêner l'interprétation des constations cliniques. Quand une femme fait un avortement, un accouchement prématuré, il est parfois impossible d'en trouver la véritable cause ; les conditions pathologiques qui ont amené la complication peuvent être trouvées réparties sur un espace de temps considérable. Au contraire, quand elle arrive au terme et vient accoucher à l'hôpital, il est facile de noter le début et la fin du travail, la dilatation plus ou moins pénible du col, etc.

Plus limitées dans le temps, nos observations sont aussi, si nous osons ainsi parler, plus limitées dans l'espace. Le rôle du col, en effet, au cours de la grossesse est moindre qu'au cours de l'accouchement. On a comparé parfois l'accouchement aux phénomènes de la miction ou de la défécation. L'utérus a besoin de se vider, c'est en ces simples mots que se résume la théorie de Power (1819), de P. Dubois et de Depaul.

Mais la première condition à remplir pour qu'il en soit ainsi, est que le canal qui doit servir de voie naturelle à l'évacuation soit libre. L'utérus ne pourra se vider que si le col est assez largement ouvert pour livrer passage à son contenu. Que ce col soit rigide, l'utérus ne pourra pas plus se débarrasser du fœtus, qu'une vessie ne peut se débarrasser de son urine lorsqu'un rétrécissement de l'urèthre lui oppose un obstacle infranchissable, ou qu'un rectum dans lequel un rétrécissement quelconque arrête les matières fécales.

Bien qu'ils dépendent tous d'une seule et même cause, la non dilatabilité du col, classons les faits en trois paragraphes : Dans le 1^er^ nous étudions la *Lenteur du Travail* ;

dans le 2e, le *Retrécissement cicatriciel* et, enfin, dans le 3e, *les Ruptures utérines.*

§ 1er. — *Lenteur du Travail.*

Trois catégories de faits s'observent, à la suite de l'amputation du col, dans la marche du travail.

Dans une première catégorie, le travail est normal, c'est le cas heureusement le plus fréquent.

Dans une deuxième catégorie, le travail est abrégé, l'accouchement est plus rapide qu'à l'état normal, plus rapide surtout que n'étaient les accouchements antérieurs à l'opération. Cette rapidité plus grande que dans les accouchements antérieurs ne tient pas seulement à la multiparité plus accentuée, mais aussi à l'excision d'un tissu morbide résistant et manquant d'élasticité.

Mais que, par suite de mécanismes longuement étudiés déjà, l'ablation des tissus du col ou leur régression consécutive s'exagèrent, on a une insuffisance organique et fonctionnelle.

Si cette insuffisance atteint un certain degré pendant la grossesse, on a l'avortement ou l'accouchement prématuré ; si elle ne se manifeste qu'au moment de l'accouchement, on peut assister à une expulsion rapide du fœtus, fréquente au dire de certains opérateurs et dont nos observations relatent quelques exemples. C'est alors une anomalie de minime importance, sur laquelle nous n'insistons pas.

Dans une troisième catégorie de faits, le travail est prolongé par rigidité du col. C'est l'inconvénient con-

traire du précédent ; il est dû à un excès de tonicité de l'anneau cervical. Comment concilier ces phénomènes en apparence contradictoires ?

Notons d'abord qu'il peut y avoir, à la fois insuffisance du col et inextensibilité consécutive. Un col, amputé haut, peut être assez béant pour ne pas soutenir suffisamment la poche des eaux qui se rompt, amorçant un travail prématuré ; mais cette béance peut s'accompagner de rigidité de l'orifice qui offre alors un obstacle au fœtus, soit au moment de l'accouchement prématuré, soit à l'époque de l'accouchement à terme. Il n'y a donc qu'une incompatibilité apparente entre l'insuffisance et la rigidité du col.

Comme deuxième explication de la lenteur du travail, nous donnerons la suivante, celle qui se présente le plus naturellement à l'esprit. Le col est trop serré, trop rigide d'une façon constante, il l'a été depuis le commencement jusqu'à la fin de la grossesse : mais au commencement il ne gênait pas l'évolution du fœtus, tandis qu'à la fin il empêche son expulsion. L'obstacle peut d'ailleurs être plus ou moins pénible à franchir et la durée du travail plus ou moins prolongée.

Rappelons seulement les inconvénients qui résultent de la lenteur du travail ; ils sont fort analogues à ceux que nous avons vu survenir à la suite de la rupture prématurée des membranes.

Du côté de la mère, il y a fatigue et douleur exagérée, danger d'infection beaucoup plus grand, si surtout les membranes sont rompues prématurément. L'infection ancienne qui avait souvent motivé l'intervention a créé

une moindre résistance de l'organe, elle peut se réveiller à nouveau.

Le fœtus souffre plus encore que la parturiente durant le travail, il se trouve, à sa naissance, dans des conditions de receptivité plus grande aux diverses affections infantiles et cela pour de multiples raisons. Il est souvent le produit d'un accouchement prématuré, germé sur un terrain défectueux, s'acheminant péniblement vers le terme après l'échec malheureux des grossesses antérieures.

Enfin la mère et l'enfant courent le risque commun d'interventions, dangereuses pour chacun d'eux, que peut nécessiter la prolongation excessive du travail.

Nous avons réuni un certain nombre d'observations dont la lecture, mieux que tous les commentaires, éclairera la question.

Nos observations XV, XLII, XLIII, XLVI, XLVII, mentionnent simplement la lenteur du travail, sans en préciser la durée ; des retards si peu accentués se trouvent même chez des femmes qui n'ont pas subi d'opération, il est vrai, néanmoins ils ont ici attiré l'attention, par leur corrélation avec le fait d'une intervention antérieure ; parfois ils ont frappé l'esprit de praticiens des plus favorables à ces interventions de façon générale. Ils ont donc leur importance quant à leur fréquence relativement très grande chez ces femmes, comme nous l'établirons dans un chapitre de revision générale.

L'observation XLV est intéressante par l'opposition nette qu'elle montre entre la durée du travail chez deux parturientes ayant toutes deux subi l'amputation du col : l'une qui, antérieurement à l'opération, avait des couches très

promptes, fut 48 heures en travail dans l'accouchement post-opératoire.

L'autre, au contraire, accoucha en deux heures. La dernière devait avoir un col insuffisant, la première, au contraire, avait une rigidité exagérant la tonicité normale. C'est la preuve claire que l'insuffisance ou la sténose peuvent être les résultats inverses et en apparence contradictoires de l'amputation du col.

Dans notre observation XLIV, *le travail dura quatre jours* et l'accouchement fut terminé par une application de forceps. Il y eut une légère déchirure du col. Pourtant, au toucher, on ne sentait qu'une légère induration des tissus.

Les conséquences de la sténose furent plus graves chez la femme qui fait l'objet de notre observation XLI. Trois applications de forceps restèrent infructueuses, et la version par manœuvres internes amena un enfant mort-né. Il est vrai qu'à la grossesse suivante la mère eut un travail d'une durée normale, et un enfant vivant du poids de 4230 gr.

Citons encore les observations XV, XXI, XXVI, LII, LV, LVI, LVII, LIX, LXIII où la lenteurs du travail s'accompagna d'autres complications.

§ 2. — *Rétrécissement cicatriciel.*

La lenteur du travail pourrait, dans certains cas, être attribuée à d'autres causes qu'à la sténose du col. Mais l'étude du rétrécissement cicatriciel, à la suite de l'amputation du col, dans un assez grand nombre de cas, n'ad-

met pas cette latitude d'interprétation. En effet, il y a des signes physiques, d'une indiscutable valeur clinique, et les anomalies si souvent constatées sont telles que, de toute évidence, on doit leur attribuer les accidents obstétricaux survenus. L'enchaînement des faits nous paraît d'une logique absolue.

Nous commencerons donc par décrire les signes physiques des rétrécissements cicatriciels, pour continuer par l'étude détaillée des complications qu'ils entraînent, au moment de l'accouchement.

Signes Physiques. — C'est par le toucher qu'ils sont donnés : c'est la méthode d'exploration la plus habituelle au moment de l'accouchement. L'examen au speculum, d'après nos observations, n'a pas été pratiqué ou l'a été après la délivrance, on en conçoit, en effet, la difficulté chez une parturiente.

L'observation LI nous montre un col raccourci, avec absence de culs-de-sac. Ces modifications se comprennent, étant donné la nature de l'intervention. Cependant, quoique souvent il n'existe plus, à proprement parler, de lèvres du col, il nous semble qu'on peut diviser en deux ordres les lésions portant sur l'organe sténosé. En effet, d'une part, le moignon des lèvres est rigide et inextensible, et d'autre part, le canal cervical est rétréci ou même annulé. Ces deux catégories de lésions ne coexistent pas forcément mais la plupart de temps il en est ainsi. Les signes physiques du rétrécissement cicatriciel doivent donc être étudiés d'abord à la périphérie du col, puis dans le canal cervical.

a. — Périphérie du col. — Les lèvres sont ici rem-

placées par un bourrelet fibreux, toujours facilement appréciable. Les dimensions ont été notées par plusieurs observateurs. Dans l'observation LVIII il avait 1/2 centimètre d'épaisseur. Dans l'observation L il était plus épais sur les côtés qu'en avant et en arrière : latéralement ses dimensions étaient de 3 centimètres : antéro-postérieurement elles étaient de 1 cm. 1/2. Le bourrelet peut être régulier dans sa forme et sa consistanee ou, au contraire, irrégulier.

Les causes de l'irrégularité sont alors des brides cicatricielles, à direction radiée, coupant les faisceaux fibreux à direction concentrique qui font le tour de l'orifice ou des noyaux fibreux.

Dans l'observation L, il existait une série de tubercules gros comme des noyaux de cerise reportés sur un bourrelet de consistance moyenne.

Même disposition exprimée d'une manière différente dans l'observation L. Ces noyaux fibreux peuvent être dus à la formation spontanée de tissu scléreux plus abondant en un point qu'en un autre. Mais assez souvent, on peut les attribuer à l'influence des points de suture. Cette hypothèse devient un fait réel, quand, au milieu du noyau, on constate la présence de fils oubliés, soit des crins de Florence comme dans l'observation LVIII, soit des fils d'argent comme dans l'observation LXV.

La consistance du bourrelet varie : dans certains cas elle est modérée. Dans d'autres elle est excessive. Ainsi dans l'observation L, il est parlé du bourrelet quasi cartilagineux qui rétrécit l'orifice utérin.

Cette variété de consistance est importante : elle règle

en effet la dilatabilité plus ou moins possible de l'orifice Nous verrons dans la suite de nos observations que, chez certaines femmes, la dilatation a pu être amenée par l'introduction du doigt ou de l'écarteur Tarnier ou du ballon Champetier de Ribes, dans l'utérus. Chez d'autres, il a fallu user de sondes, de bougies de Hégar, de laminaires. Enfin malheureusement, le col a été indilatable et s'est rompu, soit sous l'influence des manœuvres de l'accoucheur, soit au cours de la marche normale du travail.

6. — *Orifice et canal cervical.* — La diminution du calibre de l'orifice et du canal cervical sont une conséquence ordinaire de la transformation fibreuse du moignon du col. Elle est notée dans beaucoup d'observations. Chez des femmes âgées, en travail depuis longtemps, l'orifice n'admet pas, ou n'admet qu'à peine, l'extrémité du doigt. Dans l'observation LIV il reçoit à peine une sonde. Enfin dans l'observation LXII M. Porak constate une sténose du col, à ce point resserrée qu'on n'y saurait introduire le stylet le plus fin ». C'est là le degré ultime de la sténose, l'occlusion complète de l'orifice utérin et la disparition du canal cervical.

Cette sténose étant fonction de la dilatabilité ou de la non-dilatabilité des tissus périphériques les remarques que nous avons faites à ce sujet, en étudiant la périphérie du col, lui sont applicables de tout point.

Dans nos observations, il n'est pas parlé de l'état du segment inférieur, au-dessus du moignon cicatriciel. Il devait être normal dans la plupart des cas. L'observation LIV note une dégénérescence fibreuse du placenta qui accompa-

gnait une transformation analogue de tout le segment inférieur de l'utérus.

Tels sont les signes physiques incontestables qui démontrent les faits de rétrécissement cicatriciel, à la suite d'amputation du col. On expliquera sans peine la genèse des troubles fonctionnels d'ordre obstétrical consécutifs. Ils constituent les complications dues à la sténose du col.

Complications dues à la cicatrisation vicieuse du col. — Nous pouvons observer une première catégorie de complications, elles ont leur cause dans la nature même de la cicatrice, plutôt que dans l'obstacle mécanique qui en résulte pour l'expulsion du fœtus, Comme toute cicatrice, en effet, celle du col peut être douloureuse, et nous avons cité, au chapitre des avortements, une observation de La Torre, dans laquelle le coït était si douloureux que la malade ne pouvait le supporter ; des avortements furent la conséquence de la sensibilité extrême de la cicatrice cervicale. Il est vrai que le sujet était prédisposé ; l'existence de stigmates hystériques peut amoindrir dans ce cas l'importance du fait, quoique la Torre ait constaté le réveil bien net de la douleur, à un toucher très exactement localisé, et l'enlèvement du point douloureux fit disparaître les accidents et permit l'évolution normale de grossesses ultérieures.

La cicatrice cervicale nous semble, d'après nos observations, produire rarement ces accidents ; le plus souvent la sensibilité est nulle.

Mais il est permis de se demander si, au moment de l'accouchement, les modifications du col ne peuvent pas contrarier le travail. Normalement en effet il y a une

influence réciproque du col sur l'utérus. Ce qui le prouve, c'est que le tamponnement serré du vagin, par sa pression sur le col ou sur le dôme vaginal augmente la rapidité de la dilatation et fait progresser le travail. Cela s'explique facilement si on admet les idées de Keiffer qui décrit, dans le col, des fibres musculaires le réunissant, non seulement à l'utérus en haut, mais au vagin en bas. Au cas d'amputation trop radicale, l'équilibre fonctionnel peut être détruit par cette ablation, et l'ensemble des réflexes qui en partent, et facilitent le travail peut également ne plus exister.

Ces troubles fonctionnels sont sans gravité, à côté d'autres gênes apportées à l'accouchement par la sténose et que nous allons maintenant passer en revue.

Des présentations vicieuses sont une complication que nous observons tout d'abord : présentation de l'épaule dans l'observation XLVIII ; présentation de l'épaule et procidence du cordon dans l'observation LXVII. Nous avons suffisamment insisté, dans l'accouchement prématuré et la rupture prématurée des membranes, sur des causes qui pourraient la produire : manque d'équilibre entre la résistance utérine et la résistance cervicale : défaut de synergie entre les contraction musculaires des deux organes. Ces causes qui peuvent se résumer en une formule générale, le défaut d'accommodation du fœtus, sont les mêmes qui produisent les présentations vicieuses, et elles sont elles-mêmes sous la dépendance du rétrécissement cicatriciel du col.

Mais la présentation vicieuse a une bien autre importance que l'accouchement prématuré ou la rupture pré-

maturée des membranes dont les observations XLVIII-LI-LVIII nous donnent des exemples. En effet, elle exige une intervention dont les suites, étant donné les difficultés de franchir l'orifice utérin, peuvent être des plus graves.

On peut objecter à cette manière de voir que les opérations qui accompagnent l'amputation du col, plutôt que l'amputation elle-même, peuvent être cause de la présentation vicieuse.

Bornons-nous, pour le moment, à constater au moins la coïncidence, et affirmons sans crainte que très souvent la présentation vicieuse a nécessité une intervention de la gravité de laquelle on pourra se rendre un compte exact, en lisant le commentaire de nos observations.

Il est des cas où l'intervention n'a pas paru absolument nécessaire. Mais alors la dilatation spontanée ne s'est pas toujours faite sans d'importants dégâts. Nous voyons dans l'observation XLIX la rigidité du col amener, au moment de l'expulsion du fœtus l'éclatement des commissures. Dans l'observation LIX il y eut déchirure d'une commissure jusqu'au fond du cul-de-sac vaginal ; — et Murphy (observation LXI) (*American journal of obstetric*) signalé comme assez fréquents, les éclatements des commissures après le Schrœder. Ces cas peuvent évidemment se produire au cours de l'accouchement normal, mais il n'est pas non plus douteux que la résistance pathologique d'un col cicatriciel les favorise.

On le sent parfois au toucher si rétréci que la nécessité de la dilatation artificielle s'impose. D'ailleurs, non seulement les signes physiques constatés, mais les troubles du travail, forcent la main du chirurgien : il y a eu

rupture prématurée des membranes et la dilatation reste stationnaire ; la femme se fatigue, le fœtus souffre et peut mourir ; il y a menace de rupture utérine, dans ces cas, le chirurgien devra employer successivement toutes ces méthodes, depuis les plus simples jusqu'aux plus compliquées.

Dans quelques observations, nous voyons l'accoucheur avoir recours à la dilatation digitale, elle a été suivie de succès mais elle a aussi été inutile. La dilatation par le ballon de Champetier de Ribes nous paraît dangereuse en certains cas de sténose très accusée, car si l'utérus, augmenté du ballon, se contracte sur un obstacle infranchissable, il court le risque de se rompre. Le dilatateur Tarnier ne présente pas les mêmes inconvénients car il agit plus immédiatement sur le col.

Dans l'observation LVI, un succès par cette méthode fut obtenu, à la suite de la dilatation digitale qui avait été sans résultats suffisants.

Quelle que soit la méthode employée, la dilatation peut rester inutile. Il faut alors recourir alors à une intervention déjà plus délicate, le débridement. Il fut pratiqué sur ces femmes qui font le sujet des observations LIV et LV. Dans le premier cas, l'enfant était mort depuis un ou deux jours ; il existait de la dégénérescence fibreuse du placenta.

Dans le second cas la parturiente resta 15 heures en travail, sans progression marquée. Après la section d'un anneau cicatriciel complet du col, de 1 cm. de largeur ; l'accouchement put avoir lieu.

Notons, comme particularité de l'observation L, où on

pratiqua une incision bilatérale, qu'au moment de la section, on entendit un bruit sec, comme produit par le déchirement d'un morceau de parchemin. C'est là une preuve de la bride cicatricielle, et de sa résistance absolue à la dilatation.

Le débridement, dans les cas que nous rapportons, n'entraîne pas ordinairement de conséquences graves. Les incisions du col sclérosé sont peut-être un peu plus susceptibles que les déchirures produites sur un col sain, d'amener une rupture plus élevée dans des tissus plus friables favorisent peut-être davantage l'infection. La possibilité seule de ces dangers peut inquiéter. De plus cette section, évidemment nécessaire, peut à son tour créer des embarras pour l'avenir. Si on ne la répare pas, la femme peut souffrir pour des raisons analogues à celles qui ont motivé l'amputation du col. Si on les répare mal, on risque plus encore la deuxième fois que la première, d'aboutir à une sténose qui nécessitera, lors d'un accouchement ultérieur une nouvelle section. Ce peut être un cercle vicieux.

Au résumé pourtant, la dilatation et le débridement sont donc ici des interventions bénignes. Il n'en est plus de même des opérations suivantes parmi lesquelles on voit les plus graves qui puissent se pratiquer en obstétrique et qui furent nécessitées par la sténose du col.

Le forceps dut être appliqué chez la malade de l'observation L, en dépit des petites dimensions du fœtus qui pesait 1980 grammes.

Mais dans d'autres cas l'enfant est mort et ce n'est plus au forceps qu'il faut recourir. Dans l'observation XLVIII

le fœtus était putréfié déjà et l'embryotomie dut être pratiquée. L'infection consécutive put être conjurée chez l'opérée. Elle eut ultérieurement une nouvelle grossesse dont la rupture prématurée des membranes fut le seul accident.

Dans l'observation LI, après un travail de cinq jours et la mort du fœtus, la basiotripsie fut des plus pénibles et dut se faire en deux fois. — La première fois, l'introduction du perforateur était déjà pleine de difficultés et c'est à grand'peine que la cuiller put être placée. Le petit broiement put seul être effectué ; d'ailleurs il fut mauvais ; l'instrument dérâpa. La seconde fois, l'opération fut menée à bien et suivie de la délivrance artificielle.

Dans l'observation LI M. le Dr Porak fit une céphalotripsie, mais la femme succomba peu de temps après l'opération, épuisée par l'inutile effort d'un travail prolongé.

Abel, observation LXIV, cite le cas d'une femme qui, à la suite de l'amputation du col et de l'hyptéropexie, présenta, au cours de l'accouchement, des accidents tellement graves qu'on fut obligé de pratiquer l'opération césarienne suivie de l'opération de Porro.

Insister sur la gravité de pareilles interventions, surtout de la dernière nous paraît inutile.

Les détails que nous venons de donner sur les diverses opérations nécessitées par la sténose du col nous dispensent d'insister longuement sur les complications pour la mère et l'enfant.

La mort de l'enfant est l'indication d'opérations telles que la céphalotripsie, la basiotripsie, l'embryotomie, la

craniotomie : Lorsque l'enfant est encore vivant, on se représente aisément l'état misérable dans lequel il naît, si, après un travail prolongé, il a subi une application de forceps longtemps retardée comme nous l'avons relaté dans nos observations.

En un mot, la sténose cervicale consécutive à l'amputation du col, nécessite, dans certains cas, des opérations mortelles pour l'enfant, quand celui-ci n'est pas déjà mort, et pour la mère des interventions qui lui font courir de graves dangers.

Ajoutons que la difficulté de l'accouchement n'est pas la seule occasion d'accidents. « Dans un cas même, dit M. Pozzi, j'ai dû pratiquer l'hystérectomie vaginale, avec ablation des annexes, pour hématométrie et hématosalpinx consécutifs à une opération de Shroeder.

Nous n'avons pas parlé jusqu'ici de la plus grave complication obstétricale de la sténose du col, la rupture utérine : son importance nous a paru assez considérable pour lui consacrer un chapitre spécial.

Nous devons, pour être complet, rappeler un grand nombre de cas, déjà cités *in extenso*, dans lesquels les femmes présentèrent des anomalies de présentation, des accidents divers et durent subir des interventions.

Les présentations vicieuses sont notées dans les observations I, XVII, XLVIII, XX, XXI, XXII, XXXVI, XXXV.

Des interventions furent pratiquées dans les observations XLVIII, IV, L, XXII, LI, XXVI, LIV, XLIV, LV, LXV, LVII, XLII.

Les femmes furent infectées dans les cas des observations 65, 34, 56, 58, 9.

§ 3. — *Ruptures utérines.*

La rupture utérine est bien la plus importante des complications qui puissent avoir pour cause le rétrécissement cicatriciel du col.

Deux mécanismes peuvent la produire : elle peut être spontanée ou consécutive à une intervention. Dans le mécanisme de l'accouchement normal, les contractions utérines, ont, pour ainsi dire, comme but immédiat de dilater le col; les progrès de la dilatation sont proportionnels à l'énergie des contractions, et le travail progresse régulièrement jusqu'à ce que l'anneau cervical soit franchi ; ce dernier se laisse vaincre avec plus ou moins de difficulté.

Si le col est inextensible plusieurs éventualités peuvent se produire. Le travail peut s'arrêter, par suite de la fatigue de l'utérus : nous en avons vu beaucoup de cas dans le chapitre sur la lenteur du travail. Mais lorsque l'utérus continue à se contracter, de deux choses l'une : ou le col cédera, et on aura des déchirures cervicales spontanés, dont nous avons rapporté plusieurs exemples ; ou l'utérus lui-même pourra se rompre. C'est le cas de notre observation XLVI, obligeamment communiquée par M. Delestre, interne des Hôpitaux. La malade, au cours du travail ressent brusquement une très vive douleur. L'examen pratiqué à ce moment révèle, par le palper, du côté gauche, une masse dure, régulière, ressemblant à l'uterus fortement contracté et, du côté droit, on sent très nettement, à travers les parois abdominales, les parties fœtales. Les bruits du cœur faiblissant, un forceps est ap-

pliqué suivi d'une délivrance artificielle, le tout sans difficultés.

En voulant faire l'injection intra-utérine, l'accoucheur s'aperçoit d'une large déchirure utérine, aux suites de laquelle la malade succomba rapidement, malgré une laparatomie immédiate. Les symptômes observés et la facilité des interventions pratiquées démontrent que la rupture a été spontanée. L'autopsie montra que le col n'existait plus et était remplacé par un véritable tissu de cicatrice. Au niveau de la rupture, l'utérus était considérablement aminci.

M. Pinard, (obs. LXV), note chez la parturiente un moignon de col à peine perméable, avec trois noyaux cicatriciels entourant trois fils de suture. Au cours du travail mort du fœtus, signes d'infection du côté de la femme. Comme intervention, craniotomie et délivrance artificielle. La femme meurt et, à l'autopsie, on constate, à la face postérieure, une large rupture de l'utérus. En présence de ces faits, conclut M. Pinard, il est permis de dire : rupture de l'utérus et du vagin, par suite du rétrécissement cicatriciel opératoire, les crins de Florence ayant agi primitivement comme cause de rupture et d'infection péritonéale, avant toute intervention obstétricale. L'opération pratiquée, fut-elle réglée ou atypique, je l'ignore : ce que j'affirme, c'est qu'elle a causé la mort de cette femme. Nous devons, il nous semble, nous incliner devant une opinion aussi affirmative.

Dans l'observation LXVII, due à M. le Dr Porak une présentation de l'épaule et une procidence du cordon nécessitent l'intervention. L'extraction du fœtus eut lieu sans

difficulté, et la rupture utérine, constatée à la suite de la version, par manœuvres internes, lui était certainement antérieure. Monsieur Porak pratiqua la laparotomie, et la femme fut sauvée. L'enfant était mort et macéré.

L'éloquence des faits, et leur interprétation formelle par des observateurs autorisés nous semblent démontrer, jusqu'à l'évidence, le rôle étiologique du rétrécissement cicatriciel, dans ces cas de rupture utérine.

OBSERVATION XL (10)

Pinard. Société d'obstétrique... in Audebert, loco citato XIII. Baudelocque 1897 n° 2120 (résumée). Première grossesse normale. Curettage et amputation du col. Deuxième grossesse sans complications. Accouchement à terme.

J..., 39 ans, accouchement spontané à terme, sommet ; prolapsus utérin, métrite, amputation du col et curettage, service de M. Dentu.

Seconde grossesse, accouchement normal à terme, par le sommet. Fille de 3480 gr. longueur 40 cm. La dilatation fut lente.

OBSERVATION XLI (12).

Pinard. Société d'obstétr... Cl. Baudelocque 1898 n° 915.

M..., 35 ans, premier accouchement à terme en 1884, forceps. Deuxième à terme, spontanément. Troisième, avortement de six semaines? Quatrième, accouchement spontané à terme.

Le 11 novembre 1895. — Amputation du col et curettage, par le Dr Picqué, pour endométrite.— Cinquième, accouche-

ment, à terme. Trois applications de forceps infructueuses. Version interne. Enfant mort-né. Sixième grossesse, accouchement spontané. Enfant vivant de 4230 gr. Période de dilatation six heures. Suites normales.

OBSERVATION XLII (27)

Mangin (observ. XLIII.) loco-citato.

Mme L... 30 ans ; une grossesse bonne et une fausse couche ; malade depuis sa fausse couche. Vaginite chronique. Endométrite intense, ectropion du col ; culs-de-sac douloureux désire vivement un enfant.

Curettage et amputation du col, juillet 1889.

1re grossesse en 1890, accouchement normal, dilatation un peu longue.

2e grossesse en 1893 ; accouchement normal.

OBSERVATION XLIII (95)

Paucher de Genêve cité Ducasse. (Résumée).

9 enfants, une fausse-couche. Couches bonnes, sauf l'avant-dernière, depuis laquelle elle souffre de gêne et de fatigue.

Col long, hypertrophié, irrégulier, de consistance inégale ; on ne voit pas d'ulcérations. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, non infiltrés. Diagnostic histologique d'épithélioma

Shrœder, curettage de fragments placentaires retenus depuis 8 mois, date à laquelle la malade avait fait une fausse-couche.

Grossesse ultérieure, accouchement lent, mais régulier.

Une hémorrhagie oblige à intervenir par une application de forceps. Enfant petit. Déchirure du col.

Suites de couches simples.

La malade mourut un an après, de phtisie pulmonaire. L'utérus et les annexes étaient sains.

OBSERVATION XLIV (90)

Observation très obligeamment communiquée par M. le Dr Balard d'Herlinville, chirurgien des hôpitaux du Havre. (Inédite).

Mme P..., âgée de 27 ans, s'est toujours bien portée jusqu'après son deuxième accouchement, en 1892.

Réglée à 13 ans 1/2, elle voyait régulièrement 3-4 jours chaque mois.

Mariée en 1889, elle accouche dix mois après d'un enfant vivant à terme, sans particularités. Les suites sont normales.

En janvier 1892, deuxième couche facile, à terme.

Elle vient me trouver, en avril 1895, à ma consultation, pour dyspepsie et douleurs dans le ventre assez fréquentes. Je constate de l'endométrite avec ectropion, allongement hypertrophique du col ; rien du côté des annexes. Le traitement antiseptique local me donnant peu de succès, je propose en juillet une intervention facilement acceptée.

Le 10 juillet, après dilatation prolongée avec des luminaires, curettage de la cavité utérine. Opération de Shrœder facilitée par le peu de profondeur relative des lésions. Sutures au catgut n° 2. Pansement iodoformé. Guérison au bout de 3 semaines.

Une grossesse survient presque immédiatement. Der-

nières règles du 25 au 28 août. Après une gestation troublée seulement par quelques vomissements du début et quelques varicosites, la femme ressent, le 10 mai 1899, à 1 heure après-midi, quelques douleurs qui se régularisent dans l'après-midi, en augmentant d'intensité.

La présentation est en OIGA ; les BDC. sont bons, le col est béant de 0 50, dur. Dans la nuit le travail efficace progresse peu puisque le 11 malgré les douleurs répétées à 11 heures du matin la dilatation n'atteint pas 5 gr. Le col est résistant on n'y sent pas d'inégalité, de consistance. Les BDC continuent d'être bons.

A 7 h. du soir le travail a peu progressé, la femme est nerveuse, inquiète, car les autres couches ont été beaucoup moins pénibles et plus promptes.

Injections chaudes à 48° gr. bain de 1 h. 1/2. Le 12 à 10 heures du matin la dilatation atteint une petite paume. La poche des eaux volumineuse bombe fortement, très tendue pendant l'effort. BDC affaiblis sont réguliers néanmoins.

Je tente avec les doigts d'élargir cette béance mais sans succès.

A 5 h. du soir rien de nouveau si ce n'est l'extrême énervement de la femme qui s'épuise et somnole. Les contractions irrégulières maintenant viennent par séries tétaniformes.

La température est à 38°2 . Les BDC sont difficilement perçus. Champagne, bain chaud. La poche des eaux se rompt spontanément à 3 h. 1/2, on introduit une cuiller de forceps péniblement comme dilatateur à 10 h. ; les BDC ne sont plus perçus, la femme est épuisée.

Injection de caféine, grogs, champagne, la nuit se passa

tant bien que mal, les contractions reviennent à de plus rares intervalles pour reprendre au matin du 13 leur intensité.

Je tente une application de forceps qui demeure infructueuse. Le col est tendu, il est très résistant et on a le sensation qu'une forte traction le déchirerait véritablement.

Il semble néanmoins qu'après cette application il se ramollisse un peu.

A 4 h. après midi il poursuit son évolution. La femme a reposé un peu, souffre moins, les bruits du cœur fœtal sont entendus faibles mais assez réguliers.

A minuit 40, accouchement faiblement aidé par le forceps d'un enfant un peu étonné mais qui reprend vie après quelques minutes de respiration artificielle. Il pèse 2, 150.

Le col est un peu déchiré vers la commissure droite. En le contournant entre deux doigts on sent un épaississement des tissus, moins souples si on veut les plisser, que les parties voisines.

Guérison après une légère courbe thermique due à une injection légère.

Cette observation nous a paru bien démonstrative de l'influence que peut parfois exercer une opération de Shrœder typique, bien régulièrement guérie. C'est à peine si on sent au doigt une résistance particulière du col et pourtant la dystocie est très accusée puisque avec un enfant plutôt petit, *né avant terme*, le travail dure plus de quatre jours.

Bien nettement on a la sensation que cet enfant a couru de grands dangers. La mère fort épuisée a eu de l'infec-

tion légère et de la dépression nerveuse grave. La poche des eaux s'est rompue avant l'achèvement de son rôle utile.

OBSERVATION XLV (102)

Lisfranc. Journal général de médecine et de chirurgie. T. CVII, p. 291, 1829, cité in Thèse Ducasse.

Deux nouvelles femmes, devenues enceintes à la suite de l'amputation du col de l'utérus sont accouchées heureusement, au terme ordinaire.

L'une qui, antérieurement à l'opération, avait des couches très promptes a été en travail pendant 48 heures.

Chez l'autre, qui accouchait pour la première fois, deux heures ont suffi pour l'expulsion du fœtus. Les suites de couches n'ont rien offert de particulier et ces deux femmes jouissent d'une parfaite santé.

OBSERVATION XLVI (37)

Mangin. Observat. LXXI, loco citato.

Mme Ba..., 25 ans, une grossesse bonne, accouchement normal, levée le quatrième jour.

Prolapsus complet, métrite chronique. Curettage, amputation du col ; colporrhaphie antérieure et postérieure, périnéorrhaphie, Alexander, suites simples.

En mai 1888, utérus bien soutenu. En mai 1889 accouchement à terme, dilatation un peu longue.

OBSERVATION XLVII (122)

Dôléris cité par Bernheim in Thèse Paris, 1899.

Mme C..., 30 ans, mariée depuis six ans, premier enfant en 1887, puis stérile. A la suite de sa grossesse, le ventre reste douloureux, la malade perd abondamment en blanc Ses règles sont douloureuses.

Examinée au mois de janvier 1891. Cervicite chronique, post-puerpérale, salpingo-ovarite, pyo-salpynx gauche ouvert dans le vagin.

Opérée le 9 mai 1891. Dilatation, curettage Schrœder.

Revue le 6 décembre 1892, enceinte, les dernières règles datent du 2 août.

La grossesse évolue normalement ; accouchement long et pénible sans cependant aucun accident et un peu avant terme, le 15 avril 1893.

OBSERVATION XLVIII (9)

Professeur Pinard loco citato. Cl. Baudelocque, 1897, n° 1967. Audebert, obs. XII, 1899, n° 893.

Accouchement à terme. Curettage et opération de Schrœder. Accouchement à 7 minutes 1/2 : présentation de l'épaule, rupture prématurée des membranes. Physométrie. Putréfaction fœtale. Embryotomie.

M..., Lina 20 ans ménagère, entre à Baudelocque le 1er novembre 1897, à minuit.

Premières règles 18 ans, régulières.

Première grossesse en novembre 1892. Accouchement à Saint-Louis ; fille à terme, venue par le sommet, nourrie par une mercenaire, bien portante.

En octobre 1893, curettage et opération de Schrœder, à Saint-Louis, par M. Richelot, pour métrite blennorrhagique et dysménorrhée, suites simples, sort au bout de trois semaines

Deuxième grossesse en 1897 Dernières règles 15 au 18 mars. Perception de mouvements actifs au mois d'août. H. U. 33 centimètres ; pas d'albumine. Elle vient à la consultation le 30 octobre, dans la matinée; elle dit avoir perdu de l'eau ce jour là à 4 h. du matin. L'utérus est contracté on ne peut reconnaître que deux masses qui semblent constituées par le dos et la tête située en haut et à droite. Rien au niveau du détroit supérieur. On entend les battements du cœur à droite, peu distinctement. Le sang qui s'écoule en abondance est clair, plutôt rosé. Pas de contractions douloureuses. Dans l'après-midi, petites douleurs, pas de modifications du col ; l'écoulement sanguin a cessé. Au palper, on trouve l'utérus moins dur et on confirme le diagnostic de présentation de l'épaule. La tête est toujours en haut et à droite. Les bruits du cœur fœtal sont nettement entendus. Le 31 octobre, quelques petites douleurs; plus de pertes. Auscultation négative.

Le 1er novembre. — A 11 heures du matin, on introduit un ballon Champetier, gonflé à 300 grammes ; de temps à autre quelques petites contractions.

Le 2. — Le ballon est dans le vagin, on le retire à 8 heures 1/2. A 9 heures 1/2 dilatation comme une paume de main. Mauvaise odeur, écoulement sanieux et fétide.

A 11 heures, M. Varnier fait l'embryotomie avec l'embryotome Ribemont-Dessaignes.

Fœtus putrifié, exhalant une odeur infecte ; placenta putréfié.

Quelques heures après l'intervention, température 41°. Les quatre jours suivants, la température oscille entre 37°5 et 38°1. On fait des injections intra-utérines quotidiennes qui ramènent des caillots et des débris fétides. Sérum A : 48 grammes par jour.

La température se régularise peu à peu.

L'état du col est le suivant : au fond du vagin, on trouve un bourrelet de 1/2 centimètres d'épaisseur, irrégulier, de consistance moyenne, présentant sur le pourtour une série de tubercules isolés du volume d'un noyau de cerise. Ils circonscrivent un orifice qui laisse pénétrer l'extrémité du doigt.

La femme sort en bon état le 9 décembre 1897.

Suite inédite.

Grossesse nouvelle en 1899. (Clin. Baudelocque n° 393)

Dernières règles. — 24 au 26 mai 1898. Repos pendant les 4 derniers mois de la grossesse. H. U. 32 centimètres subitement, sans aucune cause, après une grossesse jusque-là normale absoment, rupture prématurée des membranes, perte des eaux le 23 février à 10 h. du matin.

Le 25 seulemen telle ressent, quelques douleurs peu intenses d'ailleurs et qui, dens le courant de la journée, de la nuit suivante, du dimanche et du lundi reviennent toutes les trois heures. Le 27 février le col s'efface, le travail s'effectue normalement. A 10 h. 15, le 28 février, accouchement par le sommet, spontané, à terme, d'une fille de 2870 gr.

Placenta normal, membranes 25/I.

OBSERVATION XLIX (67)

Chambrelent. 2 accouchements à terme. Amputation du col. 2 avortements consécutifs nécessitant 2 curettages. Difficulté de la dilatation (citée par Audebert).

Jul. R..., 29 ans, journalière P. R. à 13 ans 1/2.

Première grossesse à 22 ans; accouchement à terme; enfant vivant. Deuxième grossesse à 23 ans 1/2, enfant vivant.

A 26 ans, métrite hémorrhagique, curettage et amputation du col dans un service de chirurgie, (hôpital St-André de Bordeaux).

Troisième grossesse l'année suivante, avortement à 1 m. 1/2, sans cause connue; infection et hémorrhagie; elle est curettée à la clinique obstétricale par M. Audebert.

Quatrième grossesse en 1896; la menstruation persiste, mais la malade ressent des picotements dans les seins et suppose qu'elle est enceinte. Le 2 décembre après des douleurs violentes, elle expulse de gros caillots dans lesquels on ne recherche pas la présence d'un embryon.

Le 24 et les jours suivants l'hémorrhagie continue, frisson, fièvre.

Quand elle entre dans le service d'isolement de M. Chambrelent, T. 39°4, P. 110; suintement hémorrhagique continu; l'utérus volumineux mesure 10 cent. à l'hystéromètre.

Le col est dur et fermé. Le 28 on fait la dilatation avec des bougies de Hégar. Cette dilatation est difficile, par suite de la rigidité du col, et amène l'éclatement des commissures. La curette réussit à détacher un fragment de placenta que l'on sent inséré sur la face antérieure, tout au fond de l'utérus. Ecouvillonnage avec la glycérine créosotée au 1/3.

Le soir du curettage T. 40°4 ; le lendemain matin 37°, soir 39°,8.

La température s'abaisse, l'involution utérine s'effectue normalement ; mais une arthrite tibio-tarsienne à streptocoques se développe. Le zone génitale est guérie, la malade passe en chirurgie.

OBSERVATION L (65)

Audebert. (Loco-citato. Obs. IX).

Une grossesse à terme. Amputation du col. Accouchement avant terme ; rupture prématurée des membranes ; dystocie par rétrécissement cicatriciel du col ; incisions bilatérales, forceps ; enfant vivant, guérison.

Mel. R..., journalière, 24 ans, secondipare, réglée à 15 ans, n'a jamais été malade jusqu'à sa première grossesse survenue en 1892. Cette grossesse évolue normalement et se termine à terme par la naissance d'un enfant qui, envoyé à la campagne, meurt bientôt.

Sept jours après son accouchement et perdant encore du sang M. R..., reprend son travail.

Quelques jours après, douleurs très vives dans le bas ventre et métrorrhagies abondantes. Depuis ce temps les douleurs n'ont pas cessé, la menstruation est devenue irrégulière, douloureuse, accompagnée presque toujours de pertes hémorrhagiques abondantes et de longue durée.

En juin 1894 on lui fit un curettage et une amputation du col, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Ainsi guérie, elle devint enceinte, dit-elle, au commencement d'avril 1895. Les dernières règles remontent cependant au 9 mai ; quelques

pertes leucorrhéiques, mais aucune douleur dans la sphère génitale.

Subitement, dans la nuit du 28 octobre, elle commence à ressentir quelques douleurs et la *rupture spontanée des membrane s'effectue presque aussitôt après.* Le 20 au matin, je constate que l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; le fœtus, petit, est en O I G A, sommet déjà engagé. La dilatation atteint environ les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Je suis de suite frappé de l'aspect anormal du segment inférieur qui est dur et rigide sur une large étendue ; l'orifice utérin présente un bourrelet fibreux très appréciable ; mince et tendu, il est creusé de petites dépressions de quelques millimètres au niveau desquelles ce bourrelet n'existe plus. A la périphérie on trouve une zône cicatricielle, formant un anneau complet, plus large sur les parties latérales où il atteint 3 centimètres qu'en avant et en arrière où il mesure seulement 1 centimètre 1/2. Le segment inférieur très aminci, coiffe exactement l'extrémité céphalique du fœtus.

On pratique des irrigations antiseptiques multiples, on donne un grand bain de 1 heure.

A 6 heures du soir, malgré des contractions énergiques et fréquentes, la dilatation est de 2 fr. seulement. Dans la soirée un nouveau bain est administré. *Malgré tout, le lendemain le col est dans le même état, toujours rigide, avec le bourrelet quasi-cartilagineux qui cercle l'orifice utérin, la dilatation n'a nullement progressé.* Pas une goutte de sang ne s'est écoulée. Les contractions se succèdent avec énergie. *La femme très épuisée* demande avec instance à être délivrée. T. 37.9. P. 92. B. D. C. bons.

Vers midi, en soulevant les draps, on perçoit une légère odeur fétide, dès lors l'intervention s'impose. En raison de la nature cicatricielle du rétrécissement et de l'adaptation exacte de la tête sur le segment inférieur, je juge inutile d'employer les différents agents de dilatation (ballons, divulseurs, écarteurs, etc.), et je me décide à avoir recours aux incisions du col.

La femme est mise dans la position obstétricale et chloroformée. Après toilette minutieuse de la vulve et du vagin, j'introduis d'abord le médius gauche, entre la tête fœtale et le segment inférieur, dans la région latérale droite de l'utérus, un peu en haut, au point où l'anneau fibreux est plus large, tandis que l'index s'applique sur la face vaginale du col jusqu'à l'insertion du vagin. Toute l'étendue du segment inférieur qui doit être sectionnée est ainsi comprise entre mes deux doigts, saisissant alors de la main droite une paire de ciseaux courbes, j'en glisse une lame dans l'utérus en suivant mon médius, tandis que la branche extra-utérine est dirigée le long de l'index. Au moment de la section, on entend un bruit sec, comme produit par le déchirement d'un morceau de parchemin ; immédiatement les lèvres de la plaie s'écartent ; j'ai soin de m'assurer que la limite de la zône cicatricielle est dépassée par l'incision.

J'opère de la même façon du côté opposé, le même bruit sec se fait entendre et l'écartement se produit aussitôt, peu ou point de sang.

Après une irrigation de 5 minutes, je trouve le col presque complètement dilaté, et la tête qui était en O.I.G.A. a exécuté son mouvement de rotation en OS. Les B.C. D. faiblissent, la terminaison rapide de l'accouchement me paraît nécessaire.

En introduisant la main dans l'utérus pour guider la première branche du forceps, un flot de pus nauséabond s'en échappe. Dégagement direct en O. S. sans difficultés. Le fœtus est recouvert d'une couche de boue liquide extrêmement fétide ; le placenta et les membranes sont verdâtres et dégagent une odeur infecte. Pas d'hémorrhagie. Après une injection intra-utérine très copieuse, le segment inférieur et le vagin sont bourrés de gaze iodo formée.

L'enfant rapidement ranimé, pèse 1980 gr.

La tête a très nettement la forme en pain de sucre.

Suites de couches. — Le lendemain, le pansement antiseptique est retiré. L'injection intra-utérine qui suit est un peu louche.

Le 22 et le 23. — Pas d'élévation de température.

Les soins antiseptiques sont continués soigneusement.

Le 24, par le toucher, je constate que le col, reformé en partie, est notablement court ; une sorte d'anneau incomplet (orifice interne) le limite en haut, de chaque côté le doigt rencontre une encoche profonde de 1 c. m.

Le 25. — T. = 37° 8.

Le 26. —Le malade se lève ; le soir T = 39°, lochies fétides, injections intra-utérines ; quinine.

Le lendemain et les jours suivants la température redevient normale, la fétidité disparaît ; quand la malade quitte l'hôpital, le 5 novembre, quoique l'évolution utérine soit loin d'être terminée la réunion des 2 incisions est déjà presque parfaite ; à peine si l'on perçoit une dépression peu profonde.

L'enfant, nourri par sa mère, pèse alors 2.140 gr.

OBSERVATION LI (70)

Lepage, Maternité de l'Hôtel-Dieu, annexe 1896. n° 838. Cité par Audebert.

2 accouchements normaux. Curettage et amputation du col. Atrésie consécutive. — 3e grossesse. Dystocie du segment inférieur. Travail durant 5 jours. Mort du fœtus, basiotripsie.

B..., couturière a marché à 9 mois, réglée à 12 ans, rougeole, méningite ?

1er grossesse terminée le 24 juillet 1884 par la naissance d'un enfant à terme bien portant.

2e grossesse terminée le 27 février 1892, accouchement à terme d'un garçon bien portant.

Grossesse actuelle. — D. R. du 8 au 16 novembre 1866. — Les mouvements actifs sont perçus vers la fin de février 1897.

Elle se présente dans le servce, le 29 août à 6 h. du matin après avoir souffert toute la nuit. La hauteur de l'utérus est de 35 cm. Pas d'engagement, sommet en GT. On entend les bruits du cœur fœtal à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; on trouve, par le toucher, une volumineuse poche des eaux bombant dans le vagin. A 7 h. la poche se rompt et laisse écouler un liquide verdâtre. Après la rupture spontanée des membranes, les douleurs cessent complètement. A 9 h. le toucher donne des sensations anormales. Monsieur Le page constate que le col est très court, mais résistant. Son orifice, situé très haut, au niveau du détroit supérieur, près de la symphise, laisse à peine passer la phalange de l'index. Le col ne fait aucune saillie. Pas de cul-de-sac, sur le côté droit du segment inférieur on constate une sur-

distension de l'utérus. En se retirant, le doigt entraîne une assez grande quantité de liquide chargé de méconium. La tête est au-dessus du détroit supérieur, très mobile.

La femme raconte alors qu'en 1894 on lui a fait un curettage à l'Hôtel-Dieu où elle était entrée pour une hémorrhagie.

B. D. C. précipités 140 puis 160 ; ils deviennent incomptables à 9 h. 1/2.

Dans la journée ils oscillent entre 120 et 140 ; pas de contractions. Le 30, même état ; les contractions reparaissent faiblement dans la nuit ; 140 pulsations fœtales. — Le 31, contractions toujours faibles, pas de progrès de la dilatation — BDC. 140-144. A midi les contractions cessent complètement.

Ce jour-là un nouvel interrogatoire apprend que la femme a subi une amputation du col, (Schrœder), en même temps que le curettage signalé plus haut. Cette amputation explique les anomalies constatées par le toucher ; brièveté du col, absence des culs-de-sac etc. A la suite de cette amputation du col, atrésie considérable de l'orifice utérin, qui a nécessité des séances répétées de dilatation, d'abord avec les bougies, puis avec les laminaires.

Le 1er septembre, M. Lepage constate que l'on peut introduire dans le col deux doigts ; le canal cervical est libre, perméable. On exécute une bride cicatrielle à la partie postérieure. L'utérus est tétanisé d'une façon permanente. A partir de 9 h. du matin, on n'entend plus les bruits du cœur fœtal.

A 10 h. 25 on introduit un ballon de Champetier de Ribes, qui est gonflé modérément (140 cm. c.) de peur d'amener

une rupture utérine que la tétanisation de l'organe doit faire craindre.

A midi, la malade accuse quelques douleurs, l'utérus reste tétanisé. A 4 heures du soir le ballon est dans le vagin, la dilatation est alors de 5 francs. A 4 h. 35 nouveau ballon. T. 38°,2. A 5 h. T. 39°,2.

A 5 h. 1/2. M. Lepage se décide à pratiquer la basiotripsie, tout en prévoyant les difficultés qu'il va rencontrer, à cause de la dilatation insuffisante et des lésions du canal cervical.

Chloroforme à 6 h. Basiotripsie très laborieuse ; on arrive à bout de doigt, sur l'extrémité céphalique entièrement dans la cavité utérine ; l'introduction du perforateur est donc très difficile. Le canal cervical laisse à peine passer la cuiller qui est passée en arrière et à gauche à l'endroit où l'on croit trouver le plus de place. Le premier broiement est mauvais. Il est impossible de faire pénétrer la seconde branche. On essaie de tirer avec le perforateur et la première branche. L'instrument dérape.

Deuxième basiotripsie. — Très péniblement, M. Lepage peut faire l'extraction, il pratique la délivrance artificielle et se rend compte de l'intégrité de la musculature utérine. L'extraction du fœtus s'est faite à 6 h. 1/2.

Injection intra-utérine de 16 litres de biiodure à 0 gr. 25 pour 1000, pansement antiseptique à minuit T. 37°,2.

Le poids de l'enfant, sans compter la matière cérébrale est de 3340 gr.

Le 2 novembre. — T. matin 37°, T. soir 36°,8.

Soins antiseptiques, à partir du 7 septembre l'involution utérine s'effectue régulièrement. Mais le 16, quand la malade

veut se lever, elle ressent de vives douleurs, au niveau de la fesse droite et de la face postérieure du sacrum, à droite. Grand bain, massage régulièrement chaque jour.

A partir du 27 septembre, la marche est plus aisée, la station debout possible. Le 3 octobre la malade marche seule, sans appui. Elle sort complètement guérie le 22 octobre.

OBSERVATION LII (112)

Von Shuh, 1888, cité par Braün Fernwald (et Ducasse).

Femme opérée pour cancer du col, devenue deux fois enceinte. Mais elle mit au monde des enfants à terme, morts, qui périrent dans la période d'expulsion, par suite d'une cicatrice circulaire du col très résistante et de la longue durée de l'accouchement qui s'ensuivit.

OBSERVATIONS LIII et LIV (113)

Miller (Zeitschrift für Gebur et Gçnécology. Bd. XI, p. 178. 1885) ; cité par Ducasse.
Amputation du col, à l'aide du bistouri (procédé de Martin) : 26 cas de grosses et d'accouchements consécutifs.

Les accouchements, après amputation se passèrent, le nombre en est de 26, sans amener les troubles que l'opération antérieure semblait devoir produire, tout au plus fut-il question d'une période de dilatation plus longue.

Un seul cas fait exception.

Il s'agissait d'une grossesse au sixième mois.

Vers le soir, la malade eut de violentes douleurs sans que le travail se déclarât.

Le médecin assistant tenta, dans la matinée, de pénétrer dans l'orifice du col, avec une sonde, afin de produire une dilatation artificielle ; ce fut sans succès.

A mon arrivée la poche des eaux n'était pas rompue, l'ouverture du col ne présentait pas trace de dilatation.

J'essayai d'abord d'arrêter les contractions spasmodiques de l'utérus par des injections de morphine, en grande quantité, afin de faire cesser entièrement ce commencement de travail, bien que l'on n'entendît pas les battements du cœur.

Les contractions s'arrêteront rapidement ; mais les douleurs se manifestèrent bientôt à nouveau. Elles n'avaient plus le même caractère et n'agissaient point sur la dilatation du col.

Je rompis les membranes avec une sonde. Quelques heures plus tard, la dilatation traînant toujours en longueur, je pratiquai avec des ciseaux quelques petites incisions autour de l'orifice.

L'accouchement se fit alors spontanément. Un fœtus de 6 mois, en présentation du siège, fut expulsé.

Comme cause de cet accouchement prématuré, je trouvai un placenta en dégénérescence fibreuse si accentuée qu'on dut décoller, avec la main, les adhérences fibreuses qui le retenaient à l'utérus.

L'enfant était mort depuis un ou deux jours.

OBSERVATION LV (88)

Observation due à l'obligeance de M. le Dr Chaignot d'Orléans. (Inédite).

Femme C..., 27 ans environ, mariée depuis 6 ans. Vigneronne habitant à 6 kilomètres d'Orléans, elle a l'habitude d'apporter du lait chaque matin à la ville.

En juin 1880, elle vient consulter parce qu'elle éprouve des fatigues et des douleurs dans le bas-ventre qui la mettent dans l'impossibilité de faire son travail. Elle se plaint d'une tumeur à la matrice, à laquelle elle attribue ses douleurs.

Elle est en outre restée stérile.

Le Dr Chaignot constate un allongement hypertrophique du col de l'utérus et en conseille l'amputation. La malade porte provisoirement un pessaire qui n'apporte aucun soulagement.

Elle se décide alors à l'opération qui est pratiquée au mois de septembre 1880 avec le Dr Chipault d'Orléans. Amputation au bistouri d'une longueur de 5 cm. de col, quelques ligatures. Tamponnement.

Dans la nuit qui suit, hémorrhagie, nouveau tamponnement. Suites simples, guérison.

On n'a plus de nouvelles de la malade jusqu'au mois de décembre 1881, où le Dr Chaignot est appelé pour un accouchement. La femme est en travail depuis 15 heures.

A l'examen on constate une dilatation de 4 centimètres à peine, n'ayant fait aucun progrès depuis huit ou dix heures. Cet état paraît devoir durer indéfiniment et la cause en est

attribuée à *un anneau cicatriciel complet du col, de 1 centimètre de largeur.*

Débridement à l'aide de ciseaux ; après ce débridement la dilatation complète se fait très rapidement et l'accouchement se termine en 20 minutes. Suites normales.

OBSERVATION LVI (79)

M. Champetier de Ribes. Archives de l'Hôtel-Dieu. Annexe. — Observation prise par M. Arnauld, interne du service, citée par Pescher dans sa thèse.

Rigidité du col due à du tissu cicatriciel ; rupture prématurée des membranes, dilatation forcée avec le dilatateur Tarnier. Accouchement spontané à 7 mois par le sommet.

Sim..., femme C..., 23 ans, entre le 22 juillet.

Antécédents héréditaires. — Père mort de paralysie. Mère bien portante, a eu dix enfants.

Antécédents personnels. — Arthritique, rhumatisante. C... a souffert de violentes névralgies. Réglée à 16 ans, irrégulièrement, elle a eu 13 enfants à terme, avec accouchements spontanés, et un avortement de 4 mois.

M. Chaput lui fait une amputation du col, au mois d'août. Elle reste plusieurs mois à l'hôpital, souffrant du ventre, maigrissant, vomissant. Les règles étaient supprimées. La malade sort le 26 décembre et devient enceinte immédiatement.

Grossesse actuelle. — Céphalées, vomissements, douleurs abdominales.

Le 20 juillet, à 6 heures du soir, elle perd les eaux. Le 21, à 2 heures du matin, premières douleurs ; à 9 heures elle entre à l'hôpital.

Au palper et à l'auscultation, on fait le diagnostic de O. I. G. A.

Au toucher on arrive sur un col effacé, aplati, bombant sous une extrémité céphalique bien engagée. L'orifice qui admet la pulpe du doigt forme *un anneau rigide, non dilatable, plus épais en arrière, avec plusieurs brides cicatricielles inextensibles.* Les douleurs, assez violentes, se répètent toutes les cinq ou dix minutes.

M. Champetier pratique le toucher à ce moment. Après quelques minutes d'efforts, il parvient à introduire la 3e phalange du 2e doigt. Malgré les douleurs utérines provoquées par cette manœuvre, à trois heures la dilatation n'a point progressé.

M. Arnauld procède à la dilatation forcée en introduisant 3 et 3 doigts, comme l'avait fait M. Champetier, pendant 1/4 d'heure. La dilatation atteint à peine 1 p. les douleurs sont très vives.

A 10 heures du soir M. Champetier voit la malade et constate une dilatation comme une pièce de 5 francs qui s'était effectuée depuis 8 h. du soir. On fait toutes les 2 h. une injection d'acide borique, les douleurs continuent toute la nuit.

Le 23 à 7 h. du matin, même dilatation de 5 fr. *même rigidité du col.* M. Arnauld place le dilatateur de M. Tarnier dont les 3 branches sont articulées assez facilement. En quelques minutes on sent la dilatation se faire.

A 9 h. du matin elle est complète et l'expulsion est rapide. Délivrance 1/2 h. après, placenta et membranes entières.

Enfant de 7 m. 1/2 pesant 2140 gr. vivant.

Col non déchiré, écoulement assez fétide pendant 36 h.

Injection intra-utérine au sublimé à 1/4000. Soins antiseptiques prolongés, rétablissement.

Nouvelle grossesse. — Cette femme redevenue enceinte au mois d'avril 1890, rentre le 26 juin à la Maternité de Tenon où elle fait une fausse couche occasionnée par une chute. Le *col est resté rigide*, mais l'œuf étant peu volumineux passe facilement.

C. a pu élever son enfant venu l'année dernière à 7 m 1/2. Il est actuellement vivant et bien portant.

OBSERVATION LVII (83)

Dr Porak. Accoucheur en chef de la Maternité, in Journal de Médecine de Paris, 1898.

J'ai déjà eu l'occasion d'observer un cas de *rigidité du col*, consécutif à une opération sanglante. Il y a plus de 10 ans de cela. La dame dont il s'agit avait consulté un de nos confrères les plus habiles. Elle désirait avoir des enfants et n'en avait pas. Notre confrère pratiqua l'amputation du col. Elle devint enceinte et mena sa grossesse jusqu'au terme.

Le travail fut très long, le col ne se dilatait pas. Je fus appelé en consultation. Au moment où je vis cette femme, elle était dans un état très grave, dans un état de prostration considérable, répondant à peine aux questions qu'on lui posait, la face bleuâtre, elle asphyxiait.

Elle était en travail depuis plus de 2 jours. Le col de l'utérus n'était pas effacé. Il se présentait sous la forme *d'un canal de quelques centimètres, très dur, inextensible. L'enfant avait succombé depuis plusieurs heures*, au dire de la sage-femme qui l'assistait.

Je jugeai la situation désespérée. Comme on me pressait cependant de tenter l'impossible, je me décidai à pratiquer une céphalotripsie. Je me servais alors du céphalotribe de Bailly. A l'aide de cet instrument, je pus extraire l'enfant, dégageant difficilement après la tête broyée, d'abord un bras, puis le second, et enfin, plus aisément, le tronc.

La malheureuse femme succomba peu de temps après cette opération.

OBSERVATION LVIII (71)

M. Lepage, accoucheur des Hôpitaux, service de la Pitié, 27 juin 1898.
Comptes rendus de la société d'obstétrique. Gynécologie et Pædiatrie de Paris. Avril 1899.

Le 27 juin 1898, entrait dans mon service, à la Pitié, une femme de 38 ans, enceinte pour la sixième fois ; les cinq accouchements antérieurs avaient été normaux. A la suite du dernier accouchement, qui eut lieu le 16 novembre 1896, cette femme fut prise d'hémorrhagies assez fréquentes et abondantes. Comme elle s'affaiblissait elle alla consulter dans un service de chirurgie spéciale où elle fut admise le 2 avril 1897. Elle fut opérée le 24 avril 1897, sous le chloroforme.

D'après les renseignements donnés, il est probable qu'on lui fit un curettage, un Schrœder et une colpopérinéorrhaphie. Les suites opératoires ne furent pas normales ; il se forma un abcèsde la région anale qu'on fut obligé d'inciser et la plaie suppura pendant trois mois. La malade quitta le service le 19 juillet, elle n'eut plus ses règles depuis cette

époque et ne peut être fixée sur le début de sa grossesse actuelle.

Les mouvements actifs ont apparu en février.

A son entrée à la maternité, le 27 juin, on constate que les membranes sont rompues prématurément ; la femme perd un peu de liquide rosé. Elle commence à ressentir quelques douleurs. Présentation du sommet en OIDT. Tête mobile au détroit supérieur. Enfant vivant. H. U. 34 centimètres. Au toucher l'orifice utérin est entr'ouvert et déchiqueté. A la partie postérieure de l'orifice *on sent deux fils de suture* qui sont restés en place et qui sont probablement des crins de Florence.

Le travail ne se déclare franchement que dans la soirée du 29 juin ; à 10 h. il y a une dilatation de 50 centimes. A minuit la dilatation est complète ; à 1 h. 15 du matin, le 30 juin, la femme expulse, non sans difficultés, *à cause d'une bride cicatricielle*, un garçon pesant 3070 gr. Cet enfant exhale une odeur fétide, il est pâle, ne crie pas et ne fait que des inspirations espacées. Après les soins ordinaires il est examiné et crie faiblement au bout de 20 minutes.

T. après l'accouchement : 37°8; sérum de Marmorek. Délivrance naturelle à 1 h. 40.

En faisant l'injection intra-utérine, Mlle Chineau, sage-femme de garde, constate que les crins de Florence sont restés en place.

Le 1er juillet, j'essaie leur extraction, mais l'orifice est haut situé dans le vagin, la femme se débat, je remets à plus tard cette intervention.

Le 2 juillet. — Frisson et claquement de dents, t. 39. Lochies non fétides. 10 cent. 3 sérum Marmorek.

3 juillet. — 37°4 ; la température reste normale, les jours suivants elle ne s'élève qu'une fois à 37°5.

Le 6 juillet éyrthème au niveau des piqûres de Marmorek.

Sortie le 9 juillet, l'enfant nourri au sein pèse 3130 gr.

Cette observation montre une fois de plus l'influence de l'opération de Schrœder sur la rupture prématurée des membranes et l'accouchement prématuré. En effet, à défaut de la date des dernières règles, le poids du fœtus à la naissance, 3070, est inférieur au poids du 4e enfant né à la clinique de la rue d'Assas et qui pesait 3320 gr.

OBSERVATION LIX (97)

Lapine. Journal d'obstétrique et des maladies des femmes. Saint-Pétersbourg. 1887, n° 7. Cité par Mlle Podobedoff, in Thèse Paris, 1890: Sur les résultats éloignés de l'opération de Schrœder. (Résumée).

Age 27 ans. Premières règles à 15 ans. 3 accouchements à terme.

Métrite, ménorrhagies douloureuses.

Le col de l'utérus est cylindrique, augmenté de volume de consistsnce ferme et douloureux.

L'utérus est en antéversion, mobile, ferme, hypertrophié douloureux. Les culs-de-sac sont libres. Opération le 16 juin 1885, sous le chloroforme. L'utérus qui mesurait 9 cm. à l'hystéromètre est de 8 après l'opération. 22 points de suture qni sont enlevés le 30 juin. La température n'a pas dépassé 37.6.

Guérison parfaite de la ménorrhagie douloureuse. Tous les accidents ont cessé.

Elle est examinée le 21 janvier 1886. On constate une grossesse de 5 mois, le col est normalement conformé. Au toucher on ne sent pas de tissu cicatriciel, la consistance est molle.

9 mai 1886. — Entrée à la maternité.

Présentation sommet, dos à gauche et en avant. Dilatation comme une pièce de 2 francs : la poche des eaux est tendue.

Le sommet qui se présente est mobile, à son droit, on sent le cordon et un coude.

Les douleurs commencent le 9 mai à 6 h. du soir. Rupture de la poche des eaux, le 27 à 5 h. du matin ; l'accouchement finit à 10 h. le 10 mai, (après 16 h. de travail, chez une quartipare). On a pratiqué l'expression du fœtus d'après la méthode de Kristeller. Délivrance à 10 h. 20, d'après la méthode de Crédé. L'enfant est venu au monde en OIGA.

Le poids de l'enfant est de 4700 gr., sa longueur de 54 cm., vivant. Circonférence de la tête 37 cm.. La malade sort 7 jours après.

On la revoit le 18 décembre 1898, la portion vaginale du col est de consistance molle et présente du côté gauche une déchirure, jusqu'au fond du cul-de-sac vaginal.

L'orifice externe ne présente rien d'anormal.

L'utérus est incliné en avant et à droite mobile, de volume presque normal et non douloureux. La femme a commencé à travailler le 10e jour après l'accouchement.

OBSERVATION LX (41)

Mangin (Observat. LXXVIII).

Mme M..., 29 ans, mariée à 18 ans, trois grossesses et deux fausses couches.

Métrite chronique du corps et du col. Utérus très volumineux. Col déchiqueté. Salpingo-ovarite double légère. Annexes prolabés. Prolapsus.

En mars 1891 : curettage, amputation du col. Colpopérinéorrhaphie ; suites simples, guérison complète, disparition de tous les phénomènes douloureux.

Première grossesse en 1891-1892. Accouchement à terme.

Deuxième grossesse en 1892. Avortement provoqué.

Infection, nouveau curettage.

Troisième grossesse en 1894. Accouchement à terme, dilatotion très longue, enfant mort, rien n'a été fait pour vaincre la *rigidité du col*.

OBSERVATION LXI

Murphy signale les éclatements des commissures, pendant la dilatation du col, après le Schrœder.
American Journ. of. obstétrique 1883-1884.

OBSERVATION LXII

Notre excellent maître, M. le Dr Porak voulut bien, au début de nos recherches, nous guider et mettre à notre disposition ses archives très précieuses.

Outre les cas que déjà nous avons rapportés, il nous relata l'histoire d'une cliente sur qui, pour un col gros et bourgeonnant on avait, avec toutes les précautions et toute l'habileté désirable, pratiqué une opération de Bouilly. Elle fit consécutivement *une sténose du col à ce point resserrée qu'on n'y saurait actuellement introduire le stylet le plus*

fin. J'ignore disait M. Porak, si j'obtiendrai jamais de corriger cette sténose par la dilatation. Certainement, en cas de grossesse, j'aurais pour elle les plus graves préoccupations.

« La vérité pour moi ajoutait M. Porak est que les amputations du col, bien faites, donnent rarement lieu à des accidents, mais qu'on en observe néanmoins, d'interprétation vraiment difficile, et parfois terribles ».

OBSERVATION LXII

M. Pozzi parlant du danger d'interventions mal pratiquées disait à la société d'obstétrique de Gynécologie et de Pœdiatrie : « J'ai observé un très grand nombre de femmes dont l'état avait été aggravé par l'amputation du col et le curettage, opérations qui avaient été proposées comme interventions bénignes et acceptées comme telles ».

« J'ai dû plusieurs fois rétablir la perméabilité du col par une stomatoplastie complémentaire.

Dans un cas même, j'ai dû pratiquer l'hystérectomie vaginale, avec ablation des annexes, pour hématométrie et hématosalpinx consécutifs à une opération de Schrœder. »

OBSERVATION LXIV (75)

Abel. in Thèse Nancy, 1898. (Citation que nous empruntons à M. Audebert).

« Signalons encore la protestation d'Abel à propos d'une femme qui, ayant subi l'amputation du col, puis la ventrofixation, présenta, au cours d'un accouchement, des acci-

dents tellement graves qu'on fut obligé depratiquer la Césarienne suivie du Porro. Abel s'exprime ainsi : « Il y a lieu de protester contre la manie opératoire de certains gynécologues. Sans cette amputation du col, dont la justification est loin d'être évidente, cette femme eût évité 3 opérations graves et fût demeurée en possession de tous ses organes ».

OBSERVATION LXV 13

Professeur Pinard. Indiscussion : « Des suites des opérations pratiquées sur l'utérus et ses annexes au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. » Comptes rendus de la Société d'obstétriq, gyn. et pædiatrie de Paris. 1899 janvier, arch. Clin. Baudelocque, 26 déc. 1898.

A... C..., 41 ans, a eu déjà cinq grossesses toutes terminées, à terme, par des accouchements spontanés. Les cinq enfants se sont présentés par le sommet et sont nés vivants, en 1879-1882-1885-1888-1890. En 1894, quatre ans et demi après son dernier accouchement, ayant, dit-elle, une chute de matrice, elle subit une opération pratiquée par deux médecins qui lui ont dû faire l'opération de Schrœder.

Grossesse actueile. — Dernières règles, 22-25 mai 1898.

L'examen pratiqué, lors de son entrée, fit constater que cette femme était bien constituée et que son état général paraissait excellent. Le palper fit reconnaître que l'enfant seprésentait par le siège en S. I. G. L'auscultation montra que l'enfant était vivant. En pratiquant le toucher on constate que la portion vaginale du col n'existe plus. Le moignon qui reste est à peine perméable. *On sent des noyaux cica-*

tricîels èt, en trois points différents, trois fils que l'on croit être des fils d'argents. Les membranes sont bien rompues car il s'écoule du liquide amniotique physiologique.

Soins antiseptiques ; mise en observation.

Le 22 décembre même état, pas de contractions douloureuses.

Le 23. — Ma sage-femme en chef, Mlle Roze, trouvant le siège très mobile, l'utérus très incliné à droite fait mettre une ceinture eutocique pour redresser l'utérus et le fœtus.

Le 24, apparaissent quelques contractions utérines douloureuses, dans la journée. A sa visite du soir, Mlle Roze, en pratiquant le toucher, trouve un orifice assez perméable pour introduire le doigt. Elle fait descendre cette femme à la salle de travail afin que la surveillance soit plus suivie.

Pendant toute la nuit, les contractions sont énergiques et bien espacés.

Le 25 décembre. — A 8 heures du matin, l'orifice est dilatable comme une pièce de cinq francs ; contractions tous les quarts d'heure. Dans l'après-midi, un pied s'engage, les bords de l'orifice restent épais. B. D. C. normaux. Pouls maternel 76°. Température 37°. Le soir à 7 heures le pouls est à 98°, la température à 38°. Même état de l'orifice.

A 8 heures du soir les bruits du cœur fœtal deviennent irréguliers, tumultueux ; d'abord incomptables, ils battent quelque temps après à 140, puis à 120, puis redeviennent incomptables.

Le 26 décembre. — A 1 h. 1/2 du matin, ils sont à 120 ; à 2 heures à 108, à 3 heures du matin, ils ne sont plus perçus. Le pouls maternel est à 110, la température à 38°8. Le ventre se ballonne et est très douloureux. L'orifice est tou-

jours dans le même état. Jusque-là, on s'était borné à pratiquer des injections et des tamponnements antiseptiques. On fait alors donner un grand bain d'une heure, et on administre 50 centigrammes de sulfate de quinine.

A 7 heures du matin, grand frisson. Immédiatement après, température 38,8, pouls à 160, respiration 52. Ventre de plus en plus douloureux et de plus en plus ballonné.

A 10 heures du matin je fais donner du chloroforme et je pratique le toucher manuel. Je constate alors que le vagin est certainement rétréci dans sa partie supérieure. Les parois tendues paraissent brûlées. Au niveau de l'orifice interne, offrant la dilatation d'une petite paume de main, je trouve des irrégularités et des nodosités. Il s'écoule de l'utéras un liquide roussâtre et fétide. Malgré cela, je pense que par des tractions lentes je pourrai extraire le fœtus. L'extraction du tronc fut relativement facile. Pour réduire le volume de la tête, je pratiquai la craniotomie, et à l'aide de tractions lentes exercées sur le tronc, la tête peut traverser également le canal utéro-vaginal rétréci. Il s'écoula alors un liquide absolument infect. Lavage de l'utéras et délivrance artificielle, puis irrigation de l'utéras avec 20 litres de liquide antiseptique. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Pouls 128, température 37°3. Injection de 1000 grammes de sérum salin ; 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Glace sur le ventre. Grogs. *Mort le soir même à 10 heures.*

Autopsie, par M. le Dr Paquy, chef de laboratoire. — Incision de l'ombilic au pubis. A l'ouverture, il s'écoule une grande quantité de liquide louche. Péritonite généralisée. Anses intestinales très vascularisées et agglutinées par de

fausses membranes. On enlève au moyen d'une incision circulaire du péritoine tous les organes du petit bassin.

Examen de l'utérus. — L'utérus mesure 20 centimètres de hauteur ; sur sa face postérieure et à gauche, au-dessus du cul-de-sac de Douglas, large ecchymose sous-péritonéale dirigée obliquement de haut en bas et de gauche à droite, commençant en haut, au niveau de la base du ligament large et se terminant, en arrière, à 2 centimètres environ de la ligne médiane, à la hauteur du ligament utéro-sacré.

Le péritoine est intact, il n'y a pas de sang, sauf dans le cul-de-sac de Douglas.

L'utérus est incisé sur sa face antérieure, suivant la ligne médiane. Le placenta s'insérait sur la face postérieure du col. Le col est représenté par 3 moignons scléreux ayant, au niveau du vagin, 3 ou 4 centimètres de large. De place en place, on trouve de petits kystes muqueux. A 2 centimètres du bord inférieur du moignon de droite on trouve un crin de Florence et, un autre à 2 centimètres environ du moignon de gauche ; au niveau du segment inférieur. A gauche de la ligne médiane, on trouve une large déchirure quadrilatère du muscle utérin, n'intéressant pas le péritoine tout en allant jusqu'à lui.

Cette déchirure est obliquement dirigée de bas en haut et de droite à gauche, commençant en bas presque au niveau de la ligne médiane, au niveau de l'insertion vaginale, se terminant en haut à 5 centimètres de la ligne médiane, au niveau de l'union du col de l'utérus et du segment inférieur. Cette déchirure mesure 9 centimètres de longueur, 4 centimètres de largeur ; 3 centimètres de profondeur au niveau

de la partie moyenne où elle est complètement sous-péritonéale.

Examen histologique du col. — Nous avons prélevé un échantillon au niveau de la portion gauche du col. Nous l'avons fait durcir dans le formol, puis lavé à l'eau courante. Séjour dans le Zenker (sublimé, liqueur de Mûller, acide acétique), séjour dans l'alcool. Colorations successives : 1° aupicro-indigo-carmin ; 2° à l'hématoxyline-éosine.

L'examen montre que le tissu musculaire normal du col a disparu en partie, surtout à la partie inférieure de la pièce pour faire place à du tissu fibreux.

« En présence de cette observation, il est permis de dire, je crois, *dystocie causée par une* opération pratiquée dans le but de remédier à une chute de la matrice, chez une femme ayant accouché cinq fois, spontanément et heureusement.

En présence de l'utérus que je vous montre, il est permis de dire : *rupture de l'utérus et du vagin, par suite de rétrécissement cicatriciel opératoire :* les crins de Florence ayant agi primitivement comme cause de rupture et d'infection péritonéale avant toute intervention obstétricale.

L'opération pratiquée fut-elle réglée ou atypique, je l'ignore, ce que j'affirme c'est qu'elle a causé la mort de cette femme.

OBSERVATION LXVI (117)

Observation inédite, provenant du service de M. le Dr Ribemont. Dessaignes, à la Maternité de Beaujon, prise par M. Delestre, interne du service, qui nous l'a très obligeamment communiquée.

Rupture spontanée de l'utérus consécutive à une amputation du col.

Mme X... 36 ans, 5e grossesse. Les quatre grossesses précédentes en 1883, 1885, 1888, 1891, ont été normales et les accouchements ont eu lieu à terme. En 1894 périnéorrhaphie et amputation du col faite à l'hôpital Cochin.

La grossesse actuelle s'est bien passée. La femme a eu ses dernières règles du 17 au 20 août 1897. *Le 2 juin*, elle est venue nous consulter, ayant eu *quelques petites douleurs*. On l'a gardée au dortoir des femmes enceintes, pendant deux jours. Puis les douleurs ayant cessé, elle retourna chez elle.

Elle revint le 7 juin à 6 h. 30 du matin, étant en travail. On constate à son arrivée une dilatation de 50 centimètres, sommet en D. P. Bruits du cœur à droite. A 8 heures 0 fr. 50 A 10 h. 1 fr. ; rupture spontanée des membranes ; liquide verdâtre, B. D. C. normaux.

A 10 h. 50 la malade se plaint de ressentir une forte douleur et dit qu'elle va accoucher. La dilatation est presque complète. Les B. D. C. sont sourds.

A partir de ce moment, la malade ne ressent plus de douleurs.

A 11 h. 30 la dilatation est complète. La sage-femme de garde, Mlle Saulnier, sent alors, par le palper, du côté gau-

che, une masse dure, régulière, ressemblant à l'utérus fortement contracté.

A droite, on sent très nettement, à travers les parois abdominales, les parties fœtales. Les B. D. C. sont très faiblement perçus.

M. Delestre, interne du service, est alors prévenu. Il constate les mêmes symptômes, mais ne peut croire à une rupture utérine, étant donné le bon état général de la parturiente, présentant un pouls et une température absolument normaux.

Les B. D. C. n'étant plus perçus ; il se met en devoir de faire une application de forceps. Il est frappé en introduisant la main, pour aller à la recherche de la tête et déterminer sa position exacte, de la mobilité de cette tête qu'il refoule facilement au-dessus du détroit supérieur, où il trouve les petits membres et le cordon dans lequel il n'y a plus de battements. Frappé de cette extrême mobilité de la tête qu'il sera difficile de saisir avec le forceps, ayant hâte de terminer l'accouchement, pour avoir quelque chance de ranimer cet enfant, M. Delestre saisit le pied le plus accessible, qui se trouve être le pied droit, et il l'amène au dehors sans difficulté, puis fait l'extraction qui s'effectue normalement.

Il n'y a plus de battements dans le cordon sur lequel on met une pince et que l'on sectionne.

L'enfant, du sexe masculin et du poids de 4000 est en état de mort apparente. Au bout de 3/4 d'heure de soins Mlle Guillory le ranime.

Il s'écoule un peu de sang rouge et des caillots. On fait la délivrance artificielle : la main droite pénètre dans l'uté-

rus, achève de décoller le placenta qu'elle extrait avec les membranes complètes.

Voulant faire une injection intra-utérine, M. Delestre, après avoir introduit sa main dans le col, pénètre à travers un large orifice, au-delà duquel on a nettement la sensation de la masse intestinale, tandis qu'au-dessous du poignet on sent l'utérus contracté.

Le diagnostic de rupture utérine s'impose, la main ramène une certaine quantité de caillots ; du sang liquide se met à couler par la vulve en assez grande abondance.

Le pouls est maintenant très faible.

On ne peut guère songer au tamponnement, vu les dimensions de la rupture ; la laparotomie immédiate semble la dernière chance de salut.

A 11 h. 25, M. Delestre, aidé d'un de ses collègues M. d'Herbécourt, interne en chirurgie, la tente.

Dès qu'il pratique l'incision du péritoine, il sort du sang par la plaie.

Les anses intestinales baignent dans du sang liquide, on trouve aussi des caillots.

On arrive sur l'utérus rétracté. La main, conduite derrière lui, constate, au niveau et à droite du cul-de-sac de Douglas, une large déchirure, à travers laquelle on pénètre dans le col et le vagin.

On décide de faire l'hystérectomie sus-cervicale. On place des clans sur les ligaments larges que l'on sectionne. On fait au niveau de la limite supérieure du segment inférieur, une section transversale de toute l'épaisseur de l'utérus, se terminant au niveau de la rupture. Le corps utérin enlevé, on commence à suturer les deux lèvres de la section. Cette

suture est forcément interrompue au niveau de la rupture dont il est fort difficile de trouver les deux bords effrités et déchiquetés. On se contente de placer des pinces sur ces lambeaux.

Tous ces différents temps ont été rendus fort difficiles par le sang qui continuait à couler abondamment et masquait à tout moment le champ opératoire.

L'opération est terminée par un tamponnement serré du petit bassin avec des compresses stérilisées. Les clans et les pinces, réunis en un faisceau, sont laissés à demeure; les lèvres de la plaie suturés en avant et en arrière.

Pansement antiseptique, compression ouatée. Malgré les injections intraveineuses de sérum, au cours de l'opération la malade est pâle, le pouls incomptable. Elle est reportée dans son lit, il est une heure de l'après-midi.

Piqûres d'ergotine, boules et grogs chauds, piqûres d'éther.

La malade se réveille et répond faiblement aux questions. On lui donne de l'oxygène.

Vers 2 h. 15 la malade est prise de mouvements convulsifs, les traits s'altèrent davantage, la peau se couvre de sueurs, la respiration est de plus en plus embarrassée, le pouls n'est plus perceptible. *Malgré tous les soins prodigués la malade succombe.*

Autopsie. — **On constate à l'autopsie que le col n'existait plus, remplacé par un véritable tissu de cicatrice.** Au niveau de la rupture la paroi utérine était considérablement amincie, ainsi que du côté opposé où elle semblait prête à céder, si le côté gauche ne s'était pas rompu le premier.

OBSERVATION LXVII (82)

Obeervation communiquée par notre maître, M. le Docteur Porak. Archives de la Maternité 1893 n° 1781.

X..., sans tares héréditaires, à marché a un an, a été réglée à 15 ans, voit régulièrement, 5 à 6 jours chaque mois, exerce le métier de relieuse.

Cinq premières grossesses se sont terminées à terme par la naissance d'enfants vivants.

Atteinte de métrite après sa cinquième grossesse, cette femme fut soignée par un chirurgien, d'ailleurs très compétent, qui pratiqua 3 curettages et une amputation du col.

Une sixième grossesse se termina par la naissance, *avant terme*, d'un enfant vivant qui mourut 30 minutes anrès.

Grossesse actuelle. — D. R. 1er janvier 1898. La malade entre le 18août, à 10 heures du matin, à la Maternité, ressentant quelques douleurs, sa grossesse avait été normale jusqu'à ce moment.

Le palper permet de sentir le fœtus placé transversalement. L'auscultation constate que les B. du C. sont bons, avec maximum au-dessus.

Au toucher on sent un col dilatable de 2 à 3 cm.

Vers 3 h. de l'après-midi la femme perd de l'eau. Mlle Hénault, sage-femme en chef tente la version, elle échoue.

Le 19 août.— Le travail ne persistant plus, on fait remonter la parturiente au dortoir, où on lui pratique chaque jour des injections et des tamponnements vaginaux. Elle ne sent pas remuer.

Le 23 août. — Elle recommence à souffrir. Mlle Grasset

constate dans le col deux anses du cordon qui est dépourvu de battements, elle les attire au dehors, l'orifice interne est contracté, l'orifice externe dilatable de 2 cm. ; le col est assez long, dur.

Le 24 août. — Elle descend à la salle de travail, l'Interne du service l'examine et arrive sur une partie fœtale élevée qui paraît se terminer à droite en cône, le paquet de cordon fait saillie jusqu'à la vulve.

C'est une présentation de l'épaule en variété cubitale. Le palper est nul : comme renseignements : utérus dur, contracté, la parturiente ne souffre pas, je lui fais un tamponnement.

Le col est mou, dilatable de 3 cm.

A 2 heures, Mlle Hénault voyant le travail stationnaire ordonne un bain de 1 h. il amène peu de modifications.

A 7 h. 1/4 nausées sans vomissements ; à 8 h. 1/2 tamponnement. Le pouls et la température sont normaux,

A minuit T = 36°4 ; P = 72.

La malade a de la dyspnée et de violentes douleurs d'estomac. Elle absorbe par petites quantités du vin de Champagne.

A 3 h. du matin : T = 36°4 ; P = irrégulier.

La dyspnée continue. La sage-femme en chef prévenue constate que l'abdomen est très douloureux. Elle ordonne un pansement humide comme calmant. La malade repose un peu jusqu'à 6 heures.

7 heures : P. 76 ; T. 76. Les nausées reviennent. Les contractions maintenant sont plus fortes et plus rapprochées. Inhalation d'oxygène. A 9 h. 50 le 25 août on donne le chloroforme.

M. Porak pratique le toucher, trouve le col résistant et le

franchit avec difficulté. Il arrive sur une main, la main droite, puis sur le gril costal. Il saisit un pied, à gauche et en avant, l'amène au dehors. L'extraction du tronc s'obtient sans difficulté. Il s'écoule un peu de sang noirâtre. M. Porak s'attendait à des difficultés pour contraction de la tête, mais elle se dégage facilement. Il est probable qu'une déchirure du col s'est produite. Le sang qui s'écoule est noirâtre et épais. Il y a quelques caillots. M. Porak pensant à une rupture introduit la main pour faire la délivrance immédiate. Il vérifia les lésions : Rupture incomplète, transversale au-dessus du col et en arrière, complétée pendant l'extraction du fœtus par la déchirure du péritoine et compliquée d'une déchirure verticale du col.

Il pratiqua incontinent la laparotomie, sutura le péritoine et eut l'exceptionnelle fortune de sauver cette femme.

L'enfant, mort et macéré, pesait 1400 grammes et mesurait 35 centimètres.

CHAPITRE VII.

Considérations générales.

Il nous paraît nécessaire de revenir, dans un chapitre final, sur des considérations qui, s'appliquant à plusieurs ordres de faits, n'auraient pu nettement prendre place dans les articles consacrés à chacun d'eux. Nous n'avons pu éviter pourtant la redite de déductions étroitement voisines. Les accidents dont nous cherchions l'explication, se commandent, en effet les uns les autres bien souvent, quand la série en est une fois ouverte par une même cause.

Au point de vue des faits, nous croyons être juste et très modéré en nous résumant ainsi:

Il est absolument incontestable que les accidents observés après l'amputation du col, trouvent leur explication dans une défectuosité quelconque. Ils ne sauraient incriminer le principe même de l'opération excellente quand elle est bien faite et judicieusement appliquée.

Mais, enpratique, les accidedts obstétricaux post-opératoires sont assez fréquents vu la grande diffi-

culté de réunir toutes les conditions nécessaires à un parfait succès.

« Je ne crois exagérer, dit M. Pozzi, en disant qu'il faut plus d'habileté et une plus persévérante asepsie pour mener à bien une amputation immédiate du col que pour réussir une ovariotomie ordinaire. Or combien de praticiens se croient qualifiés pour la première qui n'oseraient aborder la seconde ? De toutes les techniques de restauration utérine, celle de Schroeder est la plus difficile, celle qui se prête le moin à une exacte coaptation à une réunion primitive parfaite. Cela demande une habileté consommée qu'on ne saurait exiger de la plupart des praticiens. »

Ce témoignage est à rapprocher de tous ceux que déjà nous avons entendus au cours de cette thèse.

Il résout la question que nous nous étions posée au début de nos recherches : d'où vient la divergence des opinions sur les résultats obstétricaux de l'amputation du col ?

Les appréciations forcément sont différentes, nous l'avons vu, pour le chirurgien et pour l'accoucheur.

Les appréciations varient surtout suivant la perfection ses interventions, et ceci nous amène à dire :

«Une intervention capable de déterminer des accidents, « même lorsqu'elle est correctement exécutée » (Porak, Segond), doit être « d'un usage aussi restreint que possible, au cours de la période génitale de la femme » (Bouilly).

M. le professeur Pinard a rendu un grand service en suscitant chaque fois qu'il a trouvé l'occasion, l'étude

des accidents obstétricaux après les interventions sur le col. La discussions de la société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie, de Paris ont établi des conclusions sanctionnées par les faits.

Il ne s'agit point, dans un aveu d'impuissance, d'enlever, sans compensation, une arme précieuse de notre arsenal gynécologique. Mais cette arme est à double tranchant, d'un maniement difficile qui doit être fait d'attentive prudence. Un emploi judicieux permettra d'en éviter le danger et d'en tirer un parti meilleur encore.

Cette espérance pour l'avenir, est fondée sur les progrès réalisés dans le passé, sanctionnés déjà par l'amélioration des statistiques qu'obtiennent les maîtres d'aujourd'hui.

Avec les facilités données par l'anesthésie, l'hémostase l'antisepsie et l'autoplastie on s'est laissé entraîner trop à tenter de guérir radicalement certaines affections justiciables d'un traitement moins énergique mais plus long. Il ne faut pas que dans la griserie du succès, la clinique, juge souverain en chirurgie comme en médecine perde ses droits.

Il importe que le diagnostic bien établi fournisse des indications exactes à une intervention de choix bien préparée, scrupuleusement exécutée, minutieusement suivie.

Le traitement préventif a ici large place : l'antisepsie qui rend praticable l'opération en dispensera souvent si elle est judicieusement employée à temps. La restauration immédiate d'accidents minimes est importante. 2600 observations montrent à l'origine de l'histoire pathologique

d'un certain nombre d'opérés, une déchirure du col, porte d'infection, point de départ de sclérose, trop souvent pourtant abandonnée à son évolution spontanée et qu'un bon affrontement antiseptique aurait rendue inoffensive.

Assez ordinairement, c'est le gonocoque qui entre en cause, semble-t-il, au début. La blennorrhagie est une affection grave chez la femme, souvent ignorée, presque toujours négligée. Combien de métrites ont trouvé dans l'incurie de la femme, dans l'insuffisance du traitement l'occasion de s'installer sournoisement dans la profondeur des tissus. Facilement délogeable, au début, quand elle s'étalait en surface, l'infection gagne les culs-de-sac glandulaires ; la réaction inflammatoire, moyen de défense dépasse le but : après l'endo-cervicite, survient la dégénérescence scléro-kystique du col, sans parler de la possibilité d'infections ascendantes, plus graves mais qui nous occupent ici, moins spécialement. Là encore un traitement rapide, énergique et minutieux, préviendrait bien des amputations du col, dans l'avenir.

L'infection, une fois installée, le chirurgien ne doit pas se considérer comme autorisé à recourir d'emblée à l'opération.

La dilatation mécanique progressive, que M. Doléris emploie avec un si parfait succès, combinée au curage-hersage, est capable de donner de bons résultats quand le mal est déjà profondément installé. M. Stapfer, avec la méthode de kinésithérapie utérine qu'il a décrite si minutieusement, ajoute encore une arme à notre arsenal. Il est du devoir du chirurgien d'user patiemment, scru-

puleusement, de ces moyens divers en les variant et les combinant au besoin.

M. Hepp, dans sa thèse fort intéressante sur les scléroses utérines (Paris, 1889), inspirée par notre maître, M. Richelot, montre bien la prédisposition sclérogène de certains organismes. Chez ces femmes, l'infection joue un rôle nécessaire, mais seulement occasionnel, en réveillant une prédisposition latente. Une médication locale décongestive, massage, injections chaudes, traitements modificateurs ; une cure antidiathésique seront, dans ce cas, associés au traitement antiseptique.

La Torre en décrit ce parfait succès dans deux de ses observations. Nous avons vu nous-même, pendant notre internat, un certain nombre de malades grandement améliorées de la sorte, éviter des interventions de qui, prime abord, semblaient nécessaires.

A notre avis, les indications de l'amputation sous-vaginale da col doivent être restreintes. Elles appartiennent à deux catégories principales, suivant qu'elles veulent corriger une malformation congénitale ou acquise ; ou bien supprimer une injection qui a résisté à tous les traitements.

Dans la première catégorie, on peut remédier à une sténose congénitale ou acquise, (voir la Thèse de Chabry) ; à une conicité vraie ou fausse du col, dont Hippocrate avait déjà signalé l'importance, au point de vue de la stérilité ; à un allongement hypertrophique du col, si bien décrit par Huguier.

Toutes ces lésions entraînent presque toujours la stérilité et c'est pour remédier à cette stérilité qu'on intervient.

Il semble particulièrement difficile d'obtenir un parfait résultat dans la maladie de Huguier qui décèle déjà une tendance à la fibrose et aux productions scléreuses.

A cette catégorie, se rattachent encore quelques interventions plus ou moins typiques et complexes dont le but est de remédier à des déviations ou de faire des restaurations diverses.

L'autre groupe est celui des métrites à prédominance cervicale avec viciation des tissus ayant résisté à tous les traitements conservateurs.

Pour ce dernier groupe, l'amputation est la seule cure rationnelle.

L'intervention, une fois décidée, devra être judicieusement pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques et toute la minutie opératoire qui assureront une réunion par première intention.

A ce compte, l'amputation du col sera une excellente opération dont les résultats immédiats seront la guérison de l'affection pour laquelle la femme est venue la demander.

Les résultats éloignés, à de rares exceptions près, en évitant les écueils signalés par M. le Professeur Pinard, seront favorables, de façon encore plus constante, à l'évolution des grossesses ultérieures.

Nota. — Il ne saurait entrer dans le cadre forcément restreint de ce travail, une discussion des différents procédés opératoires avec leurs indications spéciales et leur valeur comparative.

La richesse de ces procédés n'est pas due à un simple

amour-propre de leurs auteurs, mais elle est nécessitée par les exigeances de la clinique, dans la complexité de ses indications.

En chaque cas particulier, la méthode qui conservera le mieux la fonction sera la meilleure, mais elle ne peut être indiquée « *a priori* ».

CONCLUSIONS

L'étude que nous venons de faire, étayée sur l'ensemble de 145 observations puisées indistinctement à des sources très diverses, nous amène à des conclusions entièrement conformes à celles que notre Maître, M. le Professeur Pinard, a proposées à la Société d'obstétrique de Gynécologie et de Paediatrie de Paris qui les a votées à l'unanimité.

A. — L'amputation sous-vaginale du col, judicieusement décidee, correctement appliquée avec un procédé de choix et bien surveillée, est une excellente opération dont on ne saurait combattre le principe.

I. — « Des opérations pratiquées sur le col, dans de mauvaises conditions, peuvent déterminer consécutivement, pour l'organe gestateur, des troubles fonctionnels pendant la grossesse et même des accidents graves lors de l'accouchement ».

« La résection du col, quel que soit le procédé employé, ne doit être pratiquée que sur des indications très sévères et par des mains très sûres. » (Conclusions votées à l'unanimité par la société d'Obstétrique de Gynécologie et de Paediatrie de Paris).

II. — Le but doit être, dans les formes légères de lé-

sions chroniques du col, de se contenter d'un traitement conservateur.

III. — Lorsque la gravité de l'affection nécessite la résection, l'intervention sera faite, d'après un procédé de choix, nettement adapté, avec le souci constant de la fonction à conserver intacte.

IV. — Toute opération pratiquée sur le col doit éviter un double écueil : celui de créer une insuffisance du col, celui de provoquer une cicatrice vicieuse, cause de dystocie. La rigueur de l'asepsie et de l'antisepsie doit être telle que les muqueuses, scrupuleusement affrontées, sur du tissu sain, sans espaces morts, se réunissent par première intention.

On fera l'extraction de tous les fils employés dans les points de suture, à moins qu'ils ne soient spontanément résorbés, dans un délai raisonnable.

V. — Le plus ordinairement, les accidents consécutifs à l'amputation du col trouvent une explication dans une défectuosité du terrain, de l'opération ou de la surveillance post-opératoire.

On ne saurait nier pourtant que la femme opérée se présente, même lorsque l'intervention a été correctement pratiquée, dans des conditions qui nécessitent pour elle des précautions particulières de la part de l'accoucheur.

A un point de vue plus particulier nous sommes amenés à considérer l'influence de l'intervention sur : α la conception. — β les avortements des premiers mois : γ les accouchements prématurés. — δ la ruptures prématurée des membranes. — ε les accidents du travail pour la mère et pour l'enfant .

α L'amputation sous-vaginale du col semble, dans des cas déterminés, agumenter souvent d'une façon incontestable l'aptitude à la fécondation.

β. — Il est difficile de savoir pour quelle part l'amputation du col entre dans la pathogénie des avortements des premiers mois car la même femme présente souvent des fausses couches avant et après l'intervention. Nous avons cependant des cas où l'amputation du col agit plus directement dans la production des fausses couches.

γ. — Cette hésitation est moindre pour les accouchements prématurés qui sont relativement fréquents.

δ. — La rupture prématurée des membranes qui comporte ici une importance spéciale, semble être favorisée par ces interventions.

ε. — Dans la pratique, on a parfois des dystocies, simples ordinairement, graves dans quelques cas ou même terribles et pouvant entraîner la mort de l'enfant et de la mère.

Le chirurgien doit être prévenu de la possibilité de ces accidents pour les prévoir, l'accoucheur, pour y pourvoir dans la mesure du possible.

Vu le Président
PINARD

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

Résumé comparatif des grossesses survenues avant et après l'opération.

NUMÉROS	AUTEURS	GROSSESSES ANTÉRIEURES	OPÉRATION	GROSSESSES POSTÉRIEURES A L'OPERATION
1—XIV	Professeur Pinard. In archiv. de la Clin. Baudelocque, 1892, n° 1390.	1er et 2e grossesse, accouch. à 7 m. ; 3e. avort. de 4 m. ; 4e 5e 6e, accouch. à terme.	Curettage et Schroeder.	7e Hémorrhagies pendant la grossesse. Accouchement à terme. Durée du travail 8 h. 40. Période de dilatation 3 h. 1/2, d'expulsion 16 m. Enfant vivant 3330 gr. Suites normales.
2—XVII	Pinard, 1894, n° 985 et Comptes rendus Soc. Obstet. Gyn. et Pœd., Paris, 1899, p. 22.	10 accouch. à terme.	Curettage et amputation du col, à Cochin.	Grossesse de 8 mois. Rupture précoce des membranes. Dilatation 7 heures, expulsion 10 minutes. Siège, enfant mort.
3—I	Pinard, 1896, n° 212 et ibid.	accouch.spontané à terme ; avortement à 3 m.	Curettage et amputation du col.	2 avortements de 4 mois. Accouchement prématuré. Siège, dilatation 9 h. 55. Enfant de 1570 gr.
4—	Pinard, 1896, n° 1810 et ibid.	4 accouch. à terme.	Curettage et amputation du col.	1 accouchement à terme (mais la femme était restée au dortoir pendant 6 mois pour éventration antérieure).
5—XVIII	Pinard, 1897, n° 184 et ibid.	2 accouch. à terme, 1 avortement.	Idem.	Grossesse en 1897. Rupture prématurée des membranes. Enfant de 2888 gr.
6—XIX	Pinard, 1897, n° 232 et ibid.	primipare.	Idem.	Grossesse en 1896. Rupture prématurée des membranes. Enfant de 2688 gr.
7—II	Pinard, 1897, n° 418 et ibid.	3 accouch. à terme.	Idem.	3 avortements consécutifs.
8—XXII	Pinard, 1897, n° 1428.	3 grossesses normales, accouchements à terme.	Schroeder.	Accouchement avant terme, rupture prématurée des membranes.
9—XLVIII	Pinard, 1897, n° 1697 et ibid. et 1899, n° 393.	1 accouchement à terme.	Curettage et Schroeder à St-Louis.	Accouchement avant terme. Rupture prématurée des membranes à 7 mois 1/2. Epaule, embryotomie. 2e accouchement en 1898. Rupture prématurée des membranes. Accouchement prématuré. Enfant de 2870 gr. 23 février 1899.
10—XL	Pinard 1897, id. n° 212 et ibid.	1 accouchement à terme.	Amputation du col.	Accouchement à terme sans complication. Dilatation lente.
11—III	Pinard, 1898, n° 129 et ibid.	3 avortements : 1 de 3 m. et 2 de 6 m.	Curettage et amputation du col.	1 avortement à 6 mois ; 1 accouchement prématuré à 7 mois. Enfant vivant ; 1 avortement à 6 mois ; 1 accouchement à terme, enfant de 3240 gr. Traitement spécif. et repos.
12—XLI	Pinard, 1898, n° 915 et ibid.	3 accouch. à terme, 1 avortement de 6 sem.	Curettage et Schroeder par M. Picqué pour endométrite.	Accouchement à terme ; 2 applications de forceps infructueuses. Version interne. Enfant mort-né. 6e grossesse. Accouchement spontané. Enfant de 4230 gr.
13—LXV	Pinard, 26 déc. 1898.	5 accouch. spontanés à terme sommet, enfants vivants.	Schroeder en 1894.	Rupture prematurée des membranes à 7 mois. S. I. G. Col cicatriciel. 3 noyaux autour de fils oubliés, travail extrêmement pénible et prolongé. Infection. Craniotomie. Rupture utérine. Mort.
14—XXXVI	Pinard, 1899. 1123.	avortement de 3 m. en 1893.	Curettage et shroeder pour métrite.	Accouchement prématuré à 7 m. 1/2 ; l'enfant meurt de faiblesse congénitale, le 25e jour. Gross. en 1898, rupture prématurée, on sent 3 fils d'argent oubliés, accouchement prématuré, enfant vivant pesant 1770 gr. Placenta sur le segment inférieur.
15—	La Torre. Obs. I. Arch. ital. de Gynec. Napoli, 1898.	accouchement à terme, avortement.	Métrite, troubles nerveux, curettage, Schroeder.	Grossesse 6 m. après ; accouchement à terme, en 9 heures.
16—	La Torre (2) ibid.	29 ans : 4 accouchements à terme, 2 avortements.	Métrite, nervosisme, curett. Schroeder.	Grossesse et accouchement à terme un an après.
17—XXVI	La Torre (3) ibid.	25 ans, stérile depuis 4 ans de mariage.	Débridement vaginal, amputation du col pour vaginisme, hypertrophie du col et sténose.	1e grossesse gémellaire, accouchement à 8 m. enfants 2.800 gr. et 2.670 gr. 2e accouchement spontané à terme ; 3e accouchement après 2 jours de travail, rupture prémat. des membranes ; forceps (enroulement du cordon).

Nota. — Ce tableau synoptique donne le court résumé des observations que nous avons pu recueillir conformément au vœu exprimé à la Société d'obstétrique de Gynécologie et de Pœdiatrie de Paris. Il comportera, nous espérons, une étude plus détaillée et plus précise que nous n'avons pu le faire au cours d'un travail limité.
Les chiffres arabes donnent l'ordre du tableau, les chiffres romains renvoient aux observations citées *in extenso*.

Résumé comparatif des grossesses survenues avant et après l'opération (*suite*).

NUMÉROS	AUTEURS	GROSSESSES ANTÉRIEURES	OPÉRATION	GROSSESSES POSTÉRIEURES A L'OPÉRATION
18—	La Torre (4) ibid.	21 ans, stérile depuis 4 ans de mariage.	Curettage Schroeder pour métrite hémorrhagique et hypertrophie du col.	Grossesse huit mois après. Accouchement à terme, après 13 h. de travail.
19—	La Torre (5) ibid.	27 ans, 1 accouchement à terme 3 avortements de 3 m.; 4 m.; 6 m.	Curettage, amputation trachélorrh. pour déchirure du col et métrite.	Accouchement à terme ; 13 h. de travail, déchirure du col. Autre accouchement spontané à terme.
20—	La Torre (6).	Bassin vicié, 9 cm. 1/2; accouch. à terme, au forceps, acc. prem. à 7 m. (chute); accouch. à 8 m.; dûs à déchirure du col.	Amputation de la moitié inférieure du col, trachélorrhaphie.	Accouchement spontané, à terme, d'une fille, sans trop de souffrances.
21—	La Torre (7).	Avortements répétés.	Excision d'une cicatrice douloureuse, sur déchirure du col.	Guérison des reflexes douloureux, grossesse menée à terme.
22—	La Torre (8).	Accouch. à terme ; avortement par chute sur le ventre.	Hypertrophie par subinvolution ; nervosisme, rétroversion, curettage, Schroeder.	Grossesse et accouchement à terme après un bon traitement général.
23—	La Torre (9).	27 ans, 2 grossesses à terme, avortement, a eu un Alexander.	Hypertrophie, rétroversion, déchirure du col, métrite, curettage, Schroeder.	Grossesse, accouchement après 12 h. de travail.
24—	Mangin (Nouv. arch. obstet. Gynec. jannier, février 1895. (obs. 38).	36 ans, 3 grossesses bonnes	Endométrite, ectropion du col, œufs de Naboth. Curett. Schrœder.	A eu un enfant depuis.
25—LXII	Mangin (39).	31 ans, 2 grosses.	Endométrite fongueuse, périmetrite, cervicite. Curett. Amput. du col.	Un an après, accouchement normal à terme, perdue de vue depuis.
26—	Mangin (40).	23 ans, grossesse mauvaise, enfant mort	Métrite intense, ectropion antévers. Curett. amput. colporraph. antér.	A sa grande satisfaction, grossesse en 1890, perdue de vue depuis.
27—XLII	Mangin (42).	30 ans, grossesse bonne, 1 fausse couche	Endometrite, vaginite, curett. amputation en 1889.	Grossesse en 1890, dilatation longue ; 2e en 1893 accouchement normal.
28—	Mangin (43).	25 ans grossesse, mauvais accouchement	Métrite, salpingo-ovarite, reste de pelvi. péritonite, bride cicatricielle, Shrœder.	Grossesse bonne, accouchement normal. 2e accouchement depuis.
29—	Mangin (45).	29 ans, 3 grossesses, 2 fausses couches	Métrite intense, ectropion, ovarite g. curett. amput. suites simples.	Deux grossesses depuis.
30—	Mangin (47).	32 ans	Métrite généralisée intense, curettage. ampt. du col.	Revue 3 ans après enceinte de 3 mois.
31—	id. (49).	27 ans, 1 grossesse, fausse couche suivie d'infection	Métrite général. intense salpingo-ov. g. volum. Schrœder, curett. 1891.	Grossesse en 1893.
32—	id. (51).	23 ans, 2 fausses couches	Métrite intense généralisée, curett., abrasion muq. col.	Grossesse en 1893.
33—	id. (52).	21 ans, 1 fausse couche, 3 mois	Endom. abortive hémorrhagique, curett., abrasion muq. col.	Grossesse 1 an après. Accouchement normal.
34—	id. (53).	27 ans une grossesse	Métrite chron. généralisée, déchir. col, rétroflexion, salpingo-ovar. g. curett., S hrœder.	Suites simples, grossesse bonne. 3 ans après, accouchement à terme, normal facile.
35—V	id. (55).	27, ans, 1 grossesse enfant mort	Endométrite chron., ectropion du col congestionné, hémorrhagique, curett., amput. du col.	Avortement de quelques jours, 1 an après. Syphilis mal traitée.

Résumé comparatif des grossesses survenues avant et après l'opération (*suite*).

NUMÉROS	AUTEURS	GROSSESSES ANTÉRIEURES	OPÉRATION	GROSSESSES POSTÉRIEURES A L'OPÉRATION
36—LXIII	id. (63)	21 ans, 1 grossesse à terme et 1 avortement de 3 mois	Endométrite chron. intense salpingo. ov. g. légère, curett., opér. de Bouilly.	Avortement de 3 mois. 1 an après, probablement provoqué ?
37—XLVI	id. (71).	25 ans, grossesse bonne, accouchement normal, levée le 4e jour.	Prolapsus, métrite chron., curett. amp. du col, colpo et périnéorrh. Alexander.	Accouchement à terme dilatation longue; l'utérus était resté bien soutenu. Déchirure du périnée.
38—	id. (72).	31 ans, grossesses bonnes	Prolapsus complet, metrite chronic. curett. amputat. du col, colporrap., périnéor. Alexander.	2 accouchements normaux à terme, l'utérus reste bien soutenu.
39—	id. (74).	23 ans, 2 grossesses	Antécédent cancéreux, prolapsus moyen, métrite chron. intense, déchir. périnée, ovaires douloureux, prolabés, curett. Schrœder, colpo-périnéorrhaphie.	Grossesse à terme, 1 ans après.
40—	id. (75).	30 ans, 3 grossesses enfants morts	Endométr. intense, curett. Schroeder colporr.-périnéor.	2 enfants à terme et vivants depuis.
41—XL	id. (78).	29 ans, 3 grossesses 2 fausses couches	Métrite, abaissement, curett. amput. colporr.-périnéoraphie.	Accouchement à terme ; Avortement, infection, curettage, accouchement à terme : Dilatation très longue, enfant mort, (on n'a rien fait pour vaincre la rigidité).
42—	id. (79).	27 ans, 1 grossesse	Métrite chron. général. prolapsus, cystocèle-rectocèle, salpingo-ovar. double, curett. amput. colpo., périn.	Après guérison et nouvelle poussée de salpingite légère grossesse. Accouchement normal.
43—	id. (80).	33 ans, 3 grossesse bonnes	Prolapsus métr. chron., polype du col. curett.. amput., colpor. périnéorrh.	Accouchemet normal. l'uterus reste bien soutenu.
44—	id. (81).	25 ans, 2 grossesses	Endométrite, prolapsus moyen, douleurs vives, curett., amput. du col., colpor.-périnéorrhaphie.	Grossesse, accouchement normal, l'utérus reste bien soutenu.
45—X	id. (84).	29 ans. 5 grossesses dont une fausse couche	Endometr., col induré, œufs de Naboth, ovarite double légère ; prolapsus moyen, nervosisme, arthritisme. curett. amput. colpo-périnéorrhaphie.	Fausse couche de 1 mois 1/2. 1 an après on trouve l'utérus, l'arthritisme continue à se traduire. Annexes guéries.
46—	id. 90).	32 ans. 1 grossesse. accouchement laborieux au forceps	Endométrite ; salpingo-ovar. dr. accusée, curett. amputation partielle du col et rétréciss , du col, colpopérinéorrh.	Un an après, on constate une grossese de 3 m.
47—	id. (88).	26 ans. 3 grossesses	Endomet. intense, prolapsus moyen, curett. Schrœder, colpor., périnéorrh.,	Grossesse de 6 mois constatée 1 an apres.
48—IX	id. (89).	30 ans, 3 grossesses, 2 à terme 1 avortement de 3 mois.	Metrite hémorrh., suite d'avortement, rétroversion, abaissement, déchir. du périnée, curett., amput. partielle, hystéropexie, colpo-périnéorrhaphie.	Guérison complète. Début de grossesse 6 mois après avortement attribué à l'imprudence, début d'infection. Curettage. Grand frisson après. Guérison.
49—	Doleris. *In* Isaac : Thèse Paris, 1895, (22).	Stérilité.	Anteflexion : conicité du col ; para et périmétrite droite ; dilatation progressive ; curettage Schrœder en 1890.	Accouchée à terme en mai 1894. Début de nouvelle grossesse en 1895.
50—VII	Doléris (*id*). 11. Doléris (*In* Isaac : Thèse Paris, 1895, n° 342.		Salpingo-ovarite et paramétrite Bride vaginale-cervicite, retroversion, par la traction de la bride. Amputation haute. Ablation des annexes droites, section de la bride en novembre 1890.	Devenue enceinte en 1894. Fait une fausse-couche à 3 m. 1/2 attribuée à l'excès de fatigue et de froid.

Résumé comparatif des grossesses survenues avant et après l'opération (*suite*).

NUMÉROS	AUTEURS	GROSSESSES ANTÉRIEURES	OPÉRATION	GROSSESSES POSTÉRIEURES A L'OPÉRATION
51—XXXIII	Doléris, ibid. (43).		Cervicite post. puerpérale, salpingo-ovarite, pyosalpinx g : ouvert dans le vagin. Dilat. Curett. écouvillonnage. Schræder.	Accouchement avant terme le 16 avril 1893.
52—	Doléris, ibid. (47).		Métrite post.-avortive. Oophoro-salpingite d. Cervicite kystique. Dilatation. Curett. Schrœder.	Grossesse ultérieure.
53—	Doléris, ibid. (46).	N'avoir pas eu d'enfants depuis 6 ans.	Cervicite scléreuse, Endométrite hémorrh. ovarite g. Dilatation. Curett. Schrœder.	Accouchée à terme 2 ans après.
54—	Doléris, ibid. (38).	Stérilité.	Salpingite dr. rétro-déviation peu mobile, cervicite, abaissement. Dilatation ; Schrœder ; Alexander double.	Deux grossesses.
55—	Doléris (in Lefèvre (Thèse Paris, 1898 n 92) (4).	22 ans.	Endocervicite, fausse conicité, atrésie par ectropion, ante-flexion, colpocèle. Dilatation prolongée. Curett. écouvill. Schrœder.	Grossesse post-opératoire.
56—	Doléris, ibid (3).	27 ans.	Mêmes lésions que la précédente. Après dilatation et curett, répétés amput du col, colporraphie prœcervicale.	Guérison et grossesse post-operatoire.
57—	Doléris, ibid. (17).	26 ans.	Endocervicite, conicité, atrésie, ante-flexion, colpocèle. Dilatation. Curett. Schrœder. Colporraphie.	Accouchement à 8 m. 1/2.
58— 59— 60— 61—	Doléris, ibid 4 observations n°s *20-21-26-32.*	4 femmes (sans renseignements sur les grossesses antérieures).	Lésions analogues : Schrœder associé à des opérations combinées comme précédemment.	Grossesses post-opératoires sans détails au nombre de 1 pour n°s 20 et 21, de 2 pour le n° 32 et de 3 pour le n° 26.
62—	Doléris, id. (39)		Même ordre de lésions. même ordre d'intervention.	Accouchement prématuré à 8 m. 1/2, un an après.
63—	Doleris, id (52).		Mêmes lésions, obésité en plus. Même traitement avec régime contre l'obésité.	Accouchements à terme.
64—IV	Audebert, *Ann. gynécocogie* janv. 1898 Etude sur la gross. et l'accouch. après l'amput. du col.	2 grossesses à terme	Amputation du col.	Avortement, rétention placentaire, curage digital, guérison. Noyaux fibreux rigides sur le col.
65—L	(Obs. 8 et obs. 9).	1 grossesse à terme	Amputation du col.	Accouchement avant terme, rupture prématurée des membranes ; dystocie par rétrécissement cicatriciel du col ; incision bilatérale ; forceps ; enfant vivant ; guérison.
66—XX	Hirigoyen (in Audebert).	1re grossesse terminée à 6 mois. Sommet.	Métrite, amputation du col.	Grossesse terminée à 6 mois épaule ; grossesse terminée à 8 mois siège.
67—XLIX	Chambrelent (in Audebert).	2 accouchements à terme.	Amputation du col.	2 avortements consécutifs, nécessitant 2 curett. ; difficulté de la dilatation.
68—XXI	Lugeol (in Audebert).	1re grossesse à terme	Amputation du col.	Accouchement à 8 m. 1/2 ; dilatation lente ; expulsion courte, placenta prævia marginal.

Résumé comparatif des grossesses survenues avant et après l'opération (*suite*)

NUMÉROS	AUTEURS	GROSSESSES ANTÉRIEURES	OPÉRATION	GROSSESSES POSTÉRIEURES A L'OPÉRATION
69—XV	Lepage (in Audebert V).	Accouchement à 7 mois et demi.	Curettage, Schrœder.	Deuxième grossesse douloureuse.hémorrhagique, accouchement à terme, dilatation lente ; enfant vivant 3150 grammes.
70—LI	Lepage (in Audebert XV). (1896 n° 838 de son service).	2 accouchements normaux.	Curettage et amputation du col.	Atrésie consécutive. Troisième grossesse, le travail dure 5 jours. Mort du fœtus, basiotripsie très laborieuse.
71—LVIII	Lepage (Archives de son service 27 juin 1898).	6 accouchements normaux.	Curettage-colpopérinéorrhaphie, Schrœder un peu radical.	Bride cicatricielle du vagin ; grossesse ; rupture prématurée ; 2 crins oubliés ; Accouchement prématuré très difficile ; enfant fétide pâle ; infection maternelle imminente.
72—XXXV	Lepage (Sociétéobst. gyn. gaed 1899).		Schrœder un peu radical.	Grossesse et accouchement prématurés ; mort de la femme, « de cause non uniquement obstétricale ».
73—XXIII	Paquy (in Audebert).		Curettage et Schrœder.	Atrésie consécutive ; troisième grossesse, dystocie du segment inférieur ; travail durant cinq jours ; mort du fœtus. basiotripsie très laborieuse.
74—XXIV	Cuzzi Resinelli (cite in Audebert).	4 femmes.	Schrœder.	2 accouchèrent à terme, deux prématurément à 8 mois.
75—LXIV	Abel (in Lucien Thèse Nancy 1896).		Amputation haute du col. Ventrofixation.	Grossesse césarienne suivie du Porro.
76—XXVII	Le Dentu In Pescher Thèse Paris.		Amputation du col.	Accouchement à 8 mois 1/2, d'un enfant viable.
77—XXVII	Bar. Thèse Pescher. Paris.		Métrite Schrœder	Dehiscence du col. Accouchement prématuré.
78—XXXVII	Champetier de Ribes cité par Pescher.		Métrite chronique Schrœder.	Grossesse peu après accouchement à 8 mois, rapide.
79—LVI	Champetier de Ribes *Archives de l'Hôtel-Dieu*. Thèse Pescher.	13 accouchements spontanés à terme sans aucune particularité.	Schrœder.	Rupture des membranes à 7 mois 1/2 ; rigidité cicatricielle ; menaces de rupture utérine ; dilatation à l'écarteur Tarnier. 53 heures de travail ; enfant 2.140 gr. ; Lochies fétides. Avortement de 2 mois.
80—XXXVIII	Champetier de Ribes *Ses archives* 635; 97.	3 grossesses à terme	Schrœder.	Grossesse ; rupture prématurée des membranes 3 jours avant l'accouchement.
81—XXXIV	Champetier de Ribes.	11 accouchements.	Métrite schrœder.	Rupture prématurée ; accouchement prématuré facile.
82—LXVI	Porak. Maternité, 1898, n° 1781.	5 grossesses à terme	Amputation du col.	6e grossesse, rupture des membranes et accouchement prématurés, enfant mort aussitôt. — 7e grossesse, avortement à 2 mois 1/2. — 8e grossesse ; rigidité du col, travail pendant 5 jours ; rupture utérine ; laparotomie ; guérison.
83—LVII	Porak, *in extenso*.	Stérilité	Métrite, amputation de Hégar.	Grossesse. — Céphalotripsie très difficile après plusieurs jours de travail ; mort par épuisement.
84—				
85—	Hartmann, (société d'obst. gynéc. et Pœd. (Paris, 1899. (*loco citato*).		Curett. Shrœder.	3 grossesses ; 3 enfants vivants bien portants.
86—			Curett. Amput. col. Excision de parties fibr. Perinéorraphie.	2 accouchements à terme.
87—VIII	J. de Koninck. *Rev. méd. Louvain* juillet 1898.	4 enfants vivants à terme.	Curett. Amput. du col. Perinéorraphie.	Enfant de 2600 grammes bien portant.
88—LV	Chaignot, d'Orléans (*inédite*).	Stérile depuis 6 ans de mariage, allongement hypertroph.	Shrœder.	2 fausses couches à 2 m. 1/2 et 3 m.
89—	Delestre (*inédite*).	4 grosses normales à terme.	Amputation du col.	1 an après, accouchement entravé par anneau cicatriciel; débridement.
			Métrite ; périneorr. Amputation du col.	Rupture utérine. Enfant vivant. Mort de la mère malgré la laparotomie et la restauration des dégâts.

Résumé comparatif des grossesses survenues avant et après l'opération (*suite*)

NUMÉROS	AUTEURS	OPÉRATION	GROSSESSES ANTÉRIEURES	GROSSESSES POSTÉRIEURES A L'OPÉRATION
90—	Balard d'Herlinville. A (Inedite).	2 grossesses à terme.	Métrite cervicale. Curett. Shrœder.	Grossesse immédiate ; rupture des membranes et accouchement prématurés ; 5 jours travail ; enfant étonne.
91—	B. (Inedite.	Metrite. Fausse couche.	Endo cervicite (vaginisme). Shrœder etc.	Enceinte 1 m. après ; accouchement peut-etre un peu avant terme.
92—	Gallard, *ann. Gyn. et Obstét*, 1885, p. 85.		Amputation sous-vaginale.	Grossesse à terme.
93—	Pozzi, *in* Cadiby Th. Paris, 1898.		Operation de Pozzi.	Accouchement normal à terme.
94—	Edebohls, *Nouv. arch. Gyn. et obst.* septembre, 1895.		Prolapsus complet. Amputation du col et multiples opérations correctrices.	Grossesse six mois après, accouchement normal à terme.
95—XLIII	Paucher.	9 enfants 1 f. c : 4 accouch. forceps.	Amputation du col, (pour épithélioma) enlèvement d'un vieux placenta.	Accouchement ; dilatation lente, régulière ; forceps pour hémorrhagie ; déchirure.
96—XVI	Richelot (déja donnée).	9 gross. bonnes, sauf les 3e et 5 fausses couches 3 m.	Shrœder.	Grossesse. Metrorrhagie a 3 m. 1/2 ; canal perméable ; suite ignorée.
97—LIX	Lapine, (déja donnee).	3 accouchements à terme.	Metrite. Amputation ; col bien restaure	Grossesse à terme. 16 heures travail : déchirure cervicale jusqu'au fond du cul-de-sac.
98—	Lique, *in* Ducasse. These Paris, 1889, N° 346.	Accouchement normal.	Metrite du col. Shrœder.	Guerison ; grossesse et accouchement normaux, plus faciles qu'antérieurement.
99—	Lique. in Ducasse.	4 grossesses, 3 fausses couches.	En dométrite. Prolapsus. Curett. Amputation Colporaphire.	1° Grossesse et accouchement normaux ; 2° Grossesse de 8 mois en bonne voie.
100—			Amputation du col.	1° Conception 15 jours après ; accouchement à terme ; 2° grossesse de 3 mois normale ; matrice saine.
101—	Lisfranc, *Journ. Gen. méd. Chir.* T.C. T. CVIII, p. 280. (Voir in ex tenso). *Gaz. méd. de Paris* 1837, p. 389,	Couches très promptes. Pas de grossesses.	Amputation du col.	1° Grossesse ; accouchement normal à terme. 2° Accouchement gemellaire à terme, rapide ; métropéritonite ; guérison.
102—XLV			Amputation du col.	Accouchement à terme ; 38 heures de travail.
103—			Amputation du col.	Accouchement à terme en 2 heures (primipare).
104			Amputation du col.	2 grossesses à terme.
105—	Dupuytren, in these Dumont, Paris, 1830, n° 223	Stérile à regret depuis 8 ans de mariage.	Allongent hypertrophique. Amputation.	Grossesse 2 mois après.
106—	De Scanzoni, in Ducasse.	2 grossesses, stérile depuis 7 ans.	Métrite hypertrophique. Amputation de la lèvre postérieure du col.	Conception 6 semaines après.
107—	Simpson, in Ducasse		Amputation du col (pour epithelioma ?).	5 enfants depuis ; guerison persistante.
108—XXX	Savory. *Obstet. Trans.* London, 1875, p. 82.		Amputation du col. (pour épithélioma à l'écraseur).	1° Accouchement à 8 mois ; 2° accouchement à 7 mois : rigidité, dilatation artificielle pénible.
109—	Marion Sims, in Ducasse, obser. 9.	Malade depuis son unique grossesse.	Hypertrophie du col. Déchirure de la lèvre postérieure, ectropion. Amputation, procédé de Sims.	Conception 4 mois après.
110—	Marion Sims, obs. 7.	Stérile depuis 5 ans.	Malformation du col et de l'orifice. Amputation.	Rétrécissement cicatriciel. Grossesse terminée par accouchement à terme.
111—	Marion Sims, obs. 10.	Stérile depuis 4 ans.	Retroversion, élongation hypertrophique. Amputation du col.	Conception peu après.
112—	Van Shuh, in Ducasse.		Amputation pour cancer.	2 accouchements à terme. La lenteur d'expulsion (cicatrice circulaire résistante), causa la mort des enfants.

Résumé comparatif des grossesses survenues avant et après l'opération (*suite et fin*).

NUMÉROS	AUTEURS	GROSSESSES ANTÉRIEURES	OPERATION	GROSSESSES POSTÉRIEURES A L'OPÉRATION
113—LVIII et LIV	Müller, observation *in extenso* aux nos 53 et 51.		Amputation du col.	Accouchement prématuré, dégénérescence fibreuse du placenta. Difficulté de la dilatation. Incision.
114—	Charpentier. *Ann. Gynec.* 1886, p. 65.	Accouchement au forceps. Déchirures du col.	Amputation du col par M. Guyon.	Accouchement normal ; bel enfant ; nouvelle grossesse.
115—	Fraisse, *in* Du casse.	Accouchement.	Schrœder pour métrite chronique.	Grossesse qui évolue normalement.
116—	Verneuil cité par Pinard. (*Rev. d'obst. et de Pœdiatrie* janvier 1899.	id.	Amputation du col par Verneuil.	Accouchement à 7 mois 1/2.
117—	Ribemont-Dessaigne(inedite-*inextenso*) (ici par erreur, déjà citée au no 89).	4 accouchements normaux.	Amputation du col et périnéorrhaphie.	Rupture utérine. Enfant vivant. Mort de la mère malgré la laparotomie.
118—	Doleri , cité par Berheim (thèse de Paris. 99. Obs. 40).	1 accouchement avec forceps.	Rétroversion. Métrite cervicale. Amputation du col.	Avortement. Délivrance artificielle.
119—	Doleris, cite par Berheim, (Obs. 42).	3 accouchements normaux.	Déchirure complète du périnee. Schrœder avec curetage.	1 avortement suivi d'une grossesse normale.
120—	Doleris, (th. Berheim, obs. 43).	26 ans, 1 accouchement normal. 2 fausses couches.	Metrite et salpingite droite. Curettage. Stomatoplastie. Périnéorrhaphie.	1 avortement.
121—	Doleris (th. Berheim, obs. 49).	25 ans, 1 grossesse.	Curettage. Schrœder. Périneorrhaphie.	1 accouchement normal. 1 accouchement avec rupture prématurée des membranes.
122—	Doleris (th. Berheim, obs. 27).	30 ans. 1 grossesse.	Cervicite chronique. Salpingo-ovarite. Pyo-salpinx gauche ouvert dans le vagin. Schrœder.	Accouchement avec dilatation lente.
123 à 144—	id.	id.	Amputation du col.	Suites normales.
145—	Chaleix-Vivie. (*Annales de gyn. et d'obst.* 1899, p. 329).	id.	Amputation du col sur 17 femmes.	23 grossesses. 4 terminées prématurement pour des causes étrangères au Schrœder. 17 fois présentation du sommet. 1 siège. 1 épaule. 1 rupture prématurée. Dilatation très rapide. 1 application de forceps. Mort de l'enfant, (circulaire du cordon). 1 enfant mort avant l'accouchement.

BIBLIOGRAPHIE

Liste des ouvrages, de nous connus, à consulter sur l'amputation sous-vaginale du col, dans ses rapports avec la conception, la grossesse et l'accouchemnet.

Avant 1873.

Hippocrate. — Traduction Littré.

Ambroise Paré. — Edition Malgaigne, Paris 1840.

Astruc. — Maladies des femmes 1761.

Lisfranc. — Journal général de med. et de chirurgie t. CI, 1827, t. CIII, p. 280, 1828, t. CVIII p. 291, 1829.

Lisfranc. — Mémoire sur l'amputation du col de l'utérus. Gaz, med. de Paris 1834, p. 389.

Lisfranc. — Maladies de l'Utérus, leçons cliniq. (Pauly, Paris 1836).

Dugés et Boivin. — Maladies de l'Utérus 1833.

Laurès. — Thèse de Paris, 1844.

Torget. — Etudes sur le col de la matrice 1849.

Aran. — Leç-clin. sur les malad. de l'Utér. 1858.

Scanzoni. — Traité pratique des Maladies des organes sexuels de la femme.

Huguier. — Mém. à l'acad. de med. « sur les allongements hypertrophiques du col de l'Utérus, dans les affections désignées sous le nom de descente, de précipitation de cet organe, et de leur traitement.

1873.

Courty. — Traitement chirurgical des retrécissements du col. (Gaz. des Hôpit. (491).

1876.

Gorsky. — Catarrhe utérin, cause de stérilité.

1878.

Wyder. — Beitrage zur normalen und pathologischen histologie der uterus shleimhaul.

Schrœder. — Charité annalen 1878 (T. V. p. 343) et Zeitschrift. Geb. und Gyn. 1878. Bd III p. 419.

1879.

Landowsky. — Des formes de l'orifice utérin, leur rapport avec l stérilité. (Thèse Montpellier, 1879).

Desvenine. — Des lésions du col (Thèse Paris, 1879).

1880.

Braün Ferwald. — Clinique in « Wiener Med. Presse », 1880, n° 22.

1881

Hegar et Kaltenbach. — Traité de Gynécol. opérat. Stuttgart 1881.

Courty. — Traité des affections de l'utérus (Paris 1881).

1882

Courty. — De quelques maladies peu connues du col (Comptes Rendus de l'Association Française pour l'avancement des sciences 1882-83).

Pajot. — Cours d'accouchement à la Faculté de médecine.

1884

Verneuil. — Mémoire sur l'amputation du col de l'utérus (Arch. génér. de médecine).

Jacquelot. — Contribut. à l'étude des déchirures du col (Thèse Paris).

1885

Muller. — Zeitschrift fur Gebur and Gyn. Bd. XI, page 178-1885.

C. Schrœder. — Manuel d'accouchement. Trad. Granc. 1885.

Cot. — De la déchirure du col (Thèse Montpellier).

Gallard. — Ann. de Gynécol. et d'obstét. p. 81.

1886

Charpentier. — Annal. Gyn. 1886, p. 66.

1887

Lapine. — Journal d'obstétrique et des maladies des femmes. St-Pétersbourgs, 1887 n° 7. Cervixhyperhophien.

Ebernaïer. — Ueber der uterus (Thèse de Winsbourg 1887.

Doleris. — De l'endométrite et de son traitement. Bullet. Mensuel société d'obstétrique et de Gynéc. Paris 1890.

Rojeski. — Du traitement du catarrhe cervical rebelle et de l'opération de Schrœder excision de la muqueuse (Paris 1837, n° 203).

Goode. — British médic. Journal 1887 p. 625.

Byrne. — Américc Journal Obstétr. 1887, p. 853, et New-York méd. Journ. 1888, p. 622.

1888

Chanteloube. — De l'amputation anaplastique du col, opération de Schrœder, dans la métrite cervicale rebelle (Thèse Paris).

Cornil. — Anatomie pathologique des métrites (Jonrnal des connaissances médicales. Paris 1880, p. 107, 195 et 195.

Owterbridge. — Stérilité. Traitement, New-York, méd. recard, 20 avril.

1889

Ducasse. — De la conception, de la grossesse et de l'accouchement après la trachélorrhaphie et l'amputation du col de l'utérus (Th. Paris 1889).

Hepp. — Sclérose utérine et métrites chroniques (Th. Paris 1889). Opérations sur le col de l'utérus. Rev. de chirurgie P. 944).

Doleris. — Aperçu synthétique sur les fonctions, la pathologie et la chirurgie du col de l'utérus (Congrès français de chirurgie, 1889).

Wenning. — Hypertrophy and laceration of the cervix, amputation and trachelorraphy (Annales Société obst. New-York 1889).

A. Martin. — Traité clinique des maladies des femmes (Trad. franç. par Vernier. Paris 1889).

Pozzi. — Traité de gynécologie (Paris 1892). Des métrites (Méd. Moderne Paris 1893, 1, 645).

Lefort. — Manuel de médecine opératoire de Malgaigne (9e édit. 1889 cité par Pescher P. 89).

Doleris et Mangin. — De la métrite cervicale, in Nouv. Arch. d'obstr. et gyne.

1890

Decraissac. — Modification du procédé de Schrœder. (Bullet. médical. Paris. 1890. IV. 311.

Alloway T. J. — The relations of Schrœder hystero-trachelorrhaphy to future parturition (Montréal, Med. Journal).

Porak. — De la rigidité du col pendant l'accouchement, Journal de médecine de Paris.

Doleris. — Métrites du col. (nouv. arch. d'obst. et de Gynec. Paris 1890.

Bouilly. — Bullet. et mém. de la société de chirurgie de Paris 1890.

Richelot. — Bullet. et mém. de la société de chirurgie de Paris 1890.

Boyer. — De l'atrésie congénitale du col (Thèse Paris).

1891

Chevrier. — Amputation sous-vaginale du col, procédé de Schrœder (Union méd. du Canada. Montréal 1891).

Mitchell. — Pratical results of the operation for lacerated cervix uteri (Med. rev. New-York 1891).

Reilly. — Incisions versus rapid dilatation for stenosis of the cervical canal (Albany Méd. ann. 1891).

Barrow C. C. — The immediat repair of lacerations of the cervix Uteri with a rapport of six cases New-York Med. Journal, 1891.

Petit P. — De l'amputation sous-vaginale du col suivant le procédé de Schrœder. (Nouv. arch. d'obstétr. et de Gyn. Paris 1891.

Cunnings. — Amputation of the cervix uteri. (Med. and surg. reporter (Philadelphia 1891).

D. Jeannel. — Nouv. procédé de suture pour l'opération de Schrœder. Gazette hebdomad. de méd et de Chirurg. Janvier.

1892

Pescher. — Contribution à l'étude de l'opération de Schrœder, amputation anaplastique du col utérin, indication technique opératoire, résultats thérapeutiques (Thèse Paris).

Jouin. — Des différents types de métrites. Th. Paris.

Tremb. — Sur la nature de la soi-disant métrite hypertrophique.

Cuzzi et Resinelli. — Risultati prossimi e remoti della raschio amputazione dell'utero. (Paris 1892).

Le Dentu. — Du traitement des affections inflammatoires de l'utérus (Nouv. arch. d'obstétr. et Gynéc. mars 1892).

Delbet. — Maladies de l'Utérus, in Traité de Chirurgie 1892.

Lavergne. — Pathogénie et Traitement de la stérilité chez la femme. Thèse Paris, 1892.

1893

H. Hahn — Abuses of caustics in gynœcology, (St-Louis med and S. J. 1893).

Boix. — Indications for treatment in lacerations of the cervix utéri (Physicians and surger. Détroit and ann. arbor (1893, XV).

Brown. — The simple, septic, traumatic and specific forms of cervitis and its treatment. (Ann. Gynec. and Paed, (Philadelphy 1892-18 3).

Richelot. — Des pseudo métrites des arthritiques nerveuses. (Bullet. méd. 15 mars 1893).

Doléris. — Troubles physiologiques non inflammatoires de l'Utérus, (fausses métrites). Paris 1893, VIII, 49, 131, 185, 193, 241.

Pozzi. — Nouvelle opération applicable à la sténose congénitale du col de l'Uterus. (Bullet. et mém. de la société de Chirurgie), 1893, T. XIX, p. 93.

1894

Paul Petit.— 190 cas de petite chirurgie gynécologique pour lésions de l'endométrium. (Bull. de la Société de gynécol. et obst. séance de Déc. 1894).

Perdrizet. — Des amputations du col de l'utérus et de leurs indications en dehors du cancer. (Arch. de gynécol et de Tocologie. Paris 1894).

Raffray. — Des métrites (Th. Paris 1894).

Bouilly. — Traitement des endométrites. (Manuel de Pathologieexterne T, IV. 4e éd. Paris 1894).

Pozzi. — Traitement chirurgical de certaines causes de stérilité.

Taurin. — Les ruptures utérines à la suite des rétrécissements scicatriciels du col.

1895

Mlle Olga Podobedoff. — Contribution à l'étude des résultats éloignés de l'opération Schrœder (Th. Paris).

Dudley. — Restauration immédiate des lésions utérines après la délivrance (Revue Américc. des nouvelles archives d'obstétrique et de gynéc. Déc.).

Isaac. — De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires de l'utérus et des annexes (Th. Paris).

Lutaud. — La stérilité chez la femme et son traitement médico chirurgical. (Paris).

Mangin, de Marseille. — Résultats éloignés de 90 opérations conservatrices pratiquées sur l'utérus, 54 cas de grossesses consécutives (Nouv arch. d'obstétrique et de gynécol. Janv. Février).

Edebohls. — Nouv. arch. gynéc. et d'obstétr. septembre.

Pessner. — Inconvénients des incisions du col utérin (Berl. Klin. Woch. 18 mars).

1896

Cellier. — Tratiamento della estrechez del cuello utérino. (Ann. méd. gaditanos. Cadix 1896. XIV. 96-98).

Pinna Pintor. — Sulle alterazione della mucosa delle utero nei processi inflammotori cronici. (Riv. de ostet. Torino, 1896.

Schrœder. — Maladies des organes génitaux chez la femme (Trad. française, 1896).

Gottschack. — Deutsch Med. Wochmsk (Avril 1896.

Abel. — In Lucien (Th. Nancy 1896).

Richelot. — Sur le traitement des prolapsus génitaux (Paris, Not. 1896).

Auvard. — De la stérilité chez les femmes.

Henry Newmann. — A note ou stenosis of the cervis as a factor in uterine deseases. Amerie. Journal. med. assoc. Inly. 25 p. 187.

Hepp. — Th. Paris, Sur les scléroses utérines.

1898.

Lefèvre. — Sur une forme commune de la stérilité féminine. Sontraitement (Th. Paris 1898).

Audebert. — Etude sur la grossesse et l'accouchement après l'amputation du col (Annales de gynécol et d'obstét., Janvier 1898).

D. S. de Koninck. — Grossesse et accouchement après l'amputation du col. (Revue médicale de Louvain juillet, 1898).

Eastmann. — The minute anatomy of chronic endométritis (Kansas city M. Index méd. 1898 XIX, 13, 17).

La Torre. — L'amputazione del collo utérino in rapporto alla gravidanza ed di parti ulteriori (Estratto di arch. Italiano di gynécol. Napoli 1898).

Chabry. — Traitement de la sténose du col de l'utérus, en particulier par la stomatoplastie avec évidement commissural (opération de M. le D. Pozzi) (Paris 1898, Steinheil, éditeur. Th. Paris) et (Revue de gynécol et de chirurgie abdominale).

Porak. — Rigidité probablement cicatricielle du col de l'utérus, accouchements prématurés, présentation de l'épaule, procidence du cordon, version, rupture utérine complète, laparotomie, guérison (Jour. de Méd. de Paris. 1898).

Pinzani. — Ricerche spérimentale intorno egli effeti dell'amputazione della partio, sulla nutrizione del'utéro, (Annal. di ostetric. (Milano 1898. XX. 881, 892.

Semaine gynécologiq. Paris, à propos de l'amputation sous-vagin. du col, d'après le procédé de Schrœder.

Liret. — Nouveau procédé d'évidement du col de l'utérus. Rev. illust. polytech méd. et chirurg. Paris 1898:

Flandrin. — Occlusion cicatricielle post-opératoire du col utérin et grossesse, « Journ. des sages-femmes, Paris 1898, et Dauphiné Méd., Grenoble, 1898.

1899

Comptes-rendus de la société d'obstétrique de Gynécol. et de Pœdiatrie. de Paris, 5 premiers nos.

« Des suites des opérations pratiquées sur l'Utérus et ses annexes au point de vue des accouchements ultérieurs. »

Communication de M. le Professeur Pinard. Discussion.

Bernheim. — Th. Paris 1899. L'opération de Schrœder, son influence sur la conception, la grossesse et l'accouchement.

Challeix Vivie. — Amputation anaplastique du col et accouchements ultérieurs. annal. Gynec. et obstétr. août septembre 1899, p. 329.

Revue pratique d'obstétrique et Pædiatrie, janvier 1899. Leçon de M. le Professeur Pinard, recuellie par M. Le Dr Funck-Brentano, chef de Clinique.

Jouve et Boyer, impr. de la Faculté de méd., 15, rue Racine, Paris